SEÑOR PRESIDENTE.- Está abierto el acto.

(Es la hora 10 y 4 minutos)

Damos la bienvenida a los compañeros y amigos de la Federación Médica del Interior a la Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda.

En estos momentos tenemos un quórum algo raleado, porque varios señores Senadores no han podido llegar todavía, por lo que voy a presidir “ad hoc” esta reunión. Además, como nuestros invitados ya saben -porque tienen experiencia en la mecánica parlamentaria- las expresiones que aquí se viertan serán recogidas en la versión taquigráfica, por lo que estarán en conocimiento de todos los integrantes de la Comisión.

Les damos la palabra, entonces, para conocer su opinión sobre el proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud que se encuentra a estudio del Senado.

SEÑOR FERNANDEZ.- Agradecemos la posibilidad que se nos ha brindado mediante esta convocatoria. En nuestra exposición vamos a formular las principales consideraciones acerca de un proyecto de ley que, junto al de la descentralización de ASSE, al de la ampliación de la cobertura de salud a través de la seguridad social y la creación del FONASA, constituyen el marco jurídico general propuesto por el Poder Ejecutivo para la implementación de la reforma de la salud.

Para ordenar nuestra exposición realizaremos, en primer lugar, un análisis del articulado del proyecto, siguiendo para ello el orden en él establecido y, posteriormente, expondremos en forma muy resumida las principales consideraciones que la FEMI entiende relevantes acerca de ciertos aspectos políticos y jurídicos contenidos en el texto, así como algunas puntualizaciones que hacen al resto del marco normativo de la reforma.

No vamos a realizar un análisis de la totalidad del articulado dado que preferimos centrar nuestros planteos en aquellas disposiciones que nos merecen comentarios u observaciones que sí entendemos importante destacar frente a los señores Senadores.

Comenzamos, entonces, por el Capítulo I del proyecto de ley en cuestión, es decir, por las Disposiciones Generales. De acuerdo con el artículo 3º se establecen los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud y nosotros queremos señalar que no están incluidos el de la libre opción de elección del prestador ni el de la solidaridad, que sí fueron enunciados en la exposición de motivos. Aclaro que nos referimos a la posibilidad, por parte del usuario, de elegir el prestador.

El artículo 5º establece como competencia del Ministerio de Salud Pública la aprobación de las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud. Aquí queremos decir que la determinación de las políticas es competencia exclusiva e indelegable del Poder Ejecutivo, actuando en acuerdo el señor Presidente de la República con un Ministro, con varios Ministros o en Consejo de Ministros, tal como prevé el artículo 168 de la Constitución de la República; por consiguiente, entendemos que no compete al Ministerio la aprobación de esas políticas.

Además, en el mismo artículo advertimos la superposición de competencias de control y fiscalización entre el Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Salud, tal como surge de sus literales c) y d) y de lo establecido por el literal a) del artículo 23 y el literal d) del artículo 25.

Continuamos con el artículo 6º, que establece que se creará en el Ministerio de Salud Pública un registro obligatorio de recursos de tecnología médica en los servicios de salud. Estimamos que debería conocerse con mayor detalle qué se entiende por tal. Es más; tal como está redactado el segundo inciso de este artículo, se desprende que dicha situación sólo funcionaría para las instituciones. Allí también se establece que toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública. Tengamos presente que no se refiere sólo a la tecnología de alto costo y complejidad, sino a toda ella sin excepciones, lo que transforma a esta Cartera en el controlador exclusivo del avance técnico y científico que se pueda producir en el país en esta materia.

Creemos que la importancia y complejidad que sin duda tiene esta área de la medicina, amerita su tratamiento en un ámbito multidisciplinario que incluya la participación, además del Ministerio de Salud Pública, de otras instituciones tales como la Facultad de Medicina. Con esa finalidad, FEMI propone la creación de una Comisión Nacional de Tecnología Médica.

En el artículo 7º menciona la definición de una política nacional de medicamentos, indudablemente, una de las áreas más sensibles para el sector salud. Advertimos que en este caso y a diferencia de lo que el proyecto establece para otros recursos tecnológicos y materiales también necesarios para la atención médica, los precios de los medicamentos quedan librados a las leyes del mercado y regulados en función de la oferta y la demanda, es decir que no tienen una regulación administrativa.

El Capítulo II refiere a la integración del Sistema Nacional Integrado de Salud. El artículo 9º determina quiénes podrán integrar dicho Sistema y, de acuerdo a la redacción propuesta, entendemos que quedan fuera el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y del Ministerio del Interior.

En el artículo 11º se establece como preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos de control social de su gestión en los que estén representados sus trabajadores y usuarios. Asimismo, dispone que la reglamentación determinará la naturaleza y forma de integración de los mismos según el tipo de entidad de que se trate. Creemos que disposiciones de esta naturaleza y alcance deben estar contenidas en una norma de rango legal.

Los derechos y obligaciones de propietarios de una sociedad y sus responsables de dirección y administración deben estar claramente normatizados en leyes. Entendemos que la cogestión con funcionarios y usuarios en forma preceptiva lesiona los derechos de estas empresas que optaron por organizarse de conformidad con las disposiciones actualmente vigentes, asumiendo sus propios riesgos y sus órganos de control internos y externos, sin otro fiscalizador que sus dueños y el propio Estado para ciertos puntos especialmente previstos en la ley. Si bien las IAMC podrán decidir no ingresar al Sistema y así mantener su actual régimen de funcionamiento, en la práctica eso es inviable, al menos en el interior, ya que actualmente las instituciones tienen prácticamente el 100% de sus ingresos por los afiliados colectivos que en el futuro estarán cubiertos por Sistema Nacional Integrado de Salud. Por consiguiente, pensamos que no existe tal posibilidad de opción en la práctica.

En cuanto al artículo 13º, no se comparte el criterio de que la incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud tiene un carácter meramente funcional, por cuanto existe una restricción de la autonomía administrativa de las IAMC y una modificación de la titularidad de las entidades debido al agregado de nuevos agentes de control.

En el artículo 14º se dispone que la Junta Nacional de Salud celebrará convenios de gestión con cada una de las entidades prestadoras que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud. Desconocemos los contenidos y alcances de esos convenios, dado que quedan librados a la reglamentación posterior. A nuestro juicio, lo que debería suscribir la Junta Nacional de Salud con las instituciones es un contrato, con el objeto de prestar servicios asistenciales a las personas que opten por afiliarse a ellas. Los convenios de gestión suponen la obligación principal de obtener determinados resultados según indicadores, para ser acreedores a ciertos beneficios que se establecen en el respectivo acuerdo. En cambio, en los contratos a celebrarse con la Junta Nacional de Salud, cuyo objeto principal es la compraventa de servicios de asistencia médica, podría sí convenirse determinado tipo de obligaciones y condiciones de cumplimiento por parte de las prestadoras. Por otra parte, en el mismo artículo se establece que cualquier incumplimiento a una de las obligaciones contractuales habilitará a la Junta Nacional de Salud a suspender el pago de las cuotas a la institución prestadora.

El Capítulo III refiere a la Junta Nacional de Salud. Por el artículo 22º se crea esta Junta Nacional de Salud como servicio descentralizado, con personería jurídica y patrimonio propio.

En el artículo 23º se establecen los cometidos de la Junta Nacional de Salud y su literal b) le confiere la administración del Seguro Nacional de Salud. La FEMI entiende que esta función de administración de los recursos financieros de todo el Sistema debería mantenerse dentro del Banco de Previsión Social, tal como se prevé en el artículo 1º del proyecto de ley de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Existen múltiples razones para que la administración del Seguro sea ejecutada por esta institución, entre otras, la amplia experiencia y corrección que permanentemente ha observado en la gestión de los seguros de enfermedad de la ex DISSE, posición que FEMI ha sostenido públicamente y que también fuera expresada en su momento en este Parlamento.

El artículo 24º dispone que la Junta Nacional de Salud estará a cargo de un Directorio y determina los mecanismos de su designación e integración. En lo que respecta a la designación de los representantes de los prestadores, usuarios y trabajadores, debemos señalar que el procedimiento no se ajusta a lo que establece el artículo 187 de la Constitución de la República. Por lo tanto, consideramos que la solución es inconstitucional.

Los artículos 25º y 26º confieren al Directorio de la Junta Nacional de Salud y a su Presidente una serie de atribuciones que, a juicio de la FEMI, son excesivas y que comentaremos al final de esta exposición.

El Capítulo IV se refiere a la red de atención en salud. En los artículos 35º y 36º de este Capítulo se define la existencia de delimitaciones territoriales y la conformación de redes de atención en salud. A nuestro entender, se deben conocer con más profundidad ambos conceptos. La articulación de las redes territoriales es muy inespecífica y no se conocen sus alcances, así como tampoco los derechos y obligaciones que tendrán las instituciones prestadoras.

En el artículo 37º se prevén las posibles contrataciones entre distintas entidades públicas y privadas integrantes del Sistema. Nuevamente aparece aquí el concepto de fuerte contralor por parte de la Junta Nacional de Salud, así como el de aplicar sanciones económicas importantes ante cualquier incumplimiento.

En lo que respecta al Capítulo V, Cobertura de Atención Médica, señalamos que en el artículo 42º se respeta la continuidad de otros organismos competentes en cuanto a las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud. En este sentido, pensamos que debería preverse la forma de integración al Sistema Nacional Integrado de Salud de las Cajas de Auxilio reguladas por el Decreto-Ley Nº 14.407.

Por su parte, el Capítulo VI está referido a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Con respecto al artículo 44º, debemos decir que a los efectos de dar un marco de garantías a los prestadores y a los usuarios, los principios que rigen el régimen de movilidad de los usuarios dentro del Sistema deberían estar contemplados en la ley y no dejar este punto librado totalmente a la reglamentación.

El artículo 47º establece para los usuarios el deber de participar en el control social de la gestión de los servicios de salud, lo que para nosotros es inconstitucional, resultando suficiente lo previsto en el literal e) del artículo 4º, que promueve -no impone- la participación de usuarios en el Sistema.

En cuanto al Capítulo VII, Financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, debemos decir que el artículo 48º determina el pago de una cuota salud como contraprestación a las instituciones prestadoras del Sistema Nacional Integrado de Salud. Para nosotros, debería establecerse una paramétrica o cualquier otro mecanismo, a los efectos de garantizar la ecuación económico financiera de estas instituciones.

Por su parte, el artículo 57º determina que las personas con ingresos menores a 2,5 bases de prestación contributivas y sus hijos menores de 18 años también serán usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y tendrán derecho a una cobertura de atención integral por parte del prestador que la Junta les asigne. A nuestro juicio, aquí se está disponiendo un trato discriminatorio con este sector de la población al limitarse su derecho a elección.

De esta forma, culminamos estos primeros comentarios sobre el articulado de este proyecto de ley que hoy nos ha convocado, que entendimos pertinente formular en esta instancia. No obstante, las puntualizaciones de orden jurídico habrán de ser presentadas a los integrantes de estas dos Comisiones en un documento que será elaborado y entregado en el correr de los próximos días. De todas maneras, adelanto que acompaña a la delegación nuestro asesor jurídico a los efectos de ampliar la información que hemos brindado, que creo es de interés en relación a lo expuesto hasta este momento.

Por último, queremos expresar en forma resumida los principales conceptos que FEMI considera relevante establecer acerca de ciertos aspectos políticos y jurídicos que están contenidos en este proyecto de ley. En principio, destacamos que los médicos y las instituciones de la Federación

Médica del Interior reafirman su identificación y compromiso con el propósito de implementar un sistema integrado de salud que brinde asistencia médica integral a toda la población, en el que participen y se articulen los prestadores públicos y privados.

Realizada esta afirmación, señalaremos algunos aspectos de esta iniciativa que vemos como inconvenientes y nos generan preocupación. El primer punto es la fuerte concentración y centralización de funciones y de poder en un organismo como la Junta Nacional de Salud, persona de derecho público en cuyo órgano de dirección el control estatal es absoluto.

En ese sentido reiteramos nuestra posición en cuanto a mantener dentro del ámbito del Banco de Previsión Social la administración del Seguro Nacional de Salud. En segundo término, también vemos como inconveniente y nos genera preocupación la extrema limitación que se les impone a las instituciones privadas en su capacidad de gestión empresarial, con actividades enteramente planificadas y controladas por el Estado y con una indeterminada gama de sanciones económicas ante cualquier incumplimiento, así como la desaplicación del principio de la libre elección del prestador impuesta a ciertos sectores de la población, que recién mencionábamos en el artículo 57 a propósito de los usuarios de menores ingresos. Consideramos que genera incertidumbre la ausencia de un marco regulatorio legal acerca del régimen de movilidad de los usuarios del sistema; la ausencia de definiciones en cuanto a cómo se integrarán las Cajas de Auxilio a este nuevo sistema; la existencia de disposiciones inconstitucionales, así como que se deje librado exclusivamente a la reglamentación asuntos que son materia de ley.

Por último, señalamos una vez más, la carencia en este cuerpo normativo de las disposiciones que regulen la competencia entre prestadores. Esta última condición nos resulta imprescindible para mantener nuestro apoyo al proceso de reforma, porque entendemos que es absolutamente necesario para un correcto funcionamiento del sistema.

De esta manera, culminamos esta primera exposición con los aspectos que consideramos más importantes y que en esta instancia queríamos compartir con ustedes.

Cabe aclarar que hemos concurrido acompañados por integrantes de la Federación Médica del Interior, del Comité Ejecutivo y por nuestros asesores y estamos a vuestra disposición para contestar todas las preguntas que deseen formular.

SEÑOR ALFIE.- Antes de comenzar, quiero dar la bienvenida a nuestros invitados.

Quiero formular algunas preguntas acerca de temas que no fueron tratados en la exposición relativa al proyecto de ley que el señor Presidente de la FEMI, a vuelo de pájaro, definió como una ley bastante extensa y compleja.

Quizás una de las interrogantes vaya dirigida al doctor Eguren; sobre la otra pregunta, no estoy tan seguro. En el proyecto de ley se habla de que esta Junta de salud todopoderosa que nos va a gobernar tiene que aprobar todos los contratos.

En ese sentido, la consulta que quiero hacer al doctor Eguren refiere a cuál es el alcance de "todos los contratos". En realidad, esto abarca la compra de medicamentos, a través de licitaciones, convenios, etcétera, mandar a hacer análisis clínicos a determinado lugar o contratar una cama ante determinada urgencia. Entonces, ¿cuál es el alcance que FEMI entiende que implican todos los contratos?

Hay otro punto que no quedó claro de la exposición de las autoridades de los Ministerios de Salud Pública ni de las de Economía y Finanzas, aunque el tema refiere básicamente a la Cartera de Salud Pública. Me refiero a cuál es el papel que, frente a todo esto, asume el Fondo Nacional de Recursos. Hay un artículo que dice que queda, pero en otro se dice que no; en realidad, a mí me sigue sin quedar nada clara cuál es la interpretación que hace un actor importante del sector frente a cuál es el papel que, en función de esta iniciativa, tendrá el Fondo Nacional de Recursos.

Las preguntas anteriores eran básicas, pero ahora voy a plantear otras menores. La tercera se refiere al tema de la tecnología, aunque creo que, en parte, ya fue contestada. Se habla de "toda la tecnología" pero, en realidad, en medicina todo es tecnología, porque hasta en los medicamentos

existe. ¿Cuál es la interpretación que se le da a la frase que dice que toda la tecnología tiene que ser aprobada?

El último punto está más referido a aspectos financieros. En el proyecto de ley se habla de la cuota salud y de nuevos usuarios del sistema mutual, por decirlo de alguna manera. Pregunto si hay algún cálculo hecho desde el sector mutual acerca de las cuotas salud por sexo y edad y si el mismo está disponible. Además, quisiera saber cuál es la expectativa efectiva que se tiene de recibir realmente nuevos afiliados al sector y de perderlos, en función de los tiques moderadores. Todos conocemos la realidad actual en lo que refiere a los tiques moderadores. En el interior son menos que en Montevideo, pero nada más reflejan la diferencia del ingreso, porque cuando uno hace la cuenta en términos relativos y en función del ingreso promedio que surge de la Encuesta Nacional de Hogares, el número es el mismo. Muchas de las personas que tienen acceso al sistema mutual, hacen uso de él en momentos realmente extremos y, en el resto de las circunstancias, tratan de no hacerlo para evitar el costo de los tiques moderadores que, en el acierto o en el error, es lo que tiene todo seguro para tratar de evitar el sobre consumo.

En síntesis, quisiera saber si tienen algún estudio que refleje realmente cuántos usuarios se pueden ir -pasando quizás a un sistema que no se sabe bien qué es- o, tal vez, incorporándose al sector público. ¿Cuántos son los hijos de trabajadores activos que hoy no están afiliados al sistema -los que están afiliados, básicamente cambiarán de fuente de financiamiento- y que realmente se van a adherir a él? Pregunto si hay algún cálculo o hipótesis. Digo esto, porque el Gobierno presentó una hipótesis y, como tal, uno puede decir que parece razonable o no, conservadora, excesiva, etcétera. En realidad, queremos tratar de contrastar algunas de esas cosas.

SEÑOR EGUREN.- En mi calidad de Asesor Letrado de FEMI, quisiera decir lo siguiente. Con respecto a la primera pregunta efectuada por el señor Senador Alfie, debo señalar que el punto que plantea representa un gran problema para FEMI en cuanto a la extrema limitación que se imponen las instituciones en lo que hace a su capacidad de gestión empresarial. El artículo 37 del proyecto de ley le da a la Junta Nacional de Salud el poder de controlar las relaciones entre todos los prestadores del Sistema Nacional y entre éstos y quienes no lo integren.

En lo que refiere a la habilitación de los mismos, capacidad asistencial, relación entre volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, precios, formas de pago, plazo de los contratos y estabilidad de las condiciones de relacionamiento, establece que la Junta verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas atrasadas con las que pretendan contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Además, dice que todos estos contratos, a su vez, deben estar homologados por la Junta y, en otra parte del documento, expresa que los mismos son nulos si no son elaborados conforme a lo que se establece en esta ley.

Por lo tanto, el poder de dirección de la empresa queda absolutamente limitado en cuanto a las posibilidades de optar, de tomar decisiones que mañana puedan no estar de acuerdo con los criterios de la Junta, que tampoco se conocen.

El cuanto al alcance, lo que puedo decir es que, realmente, los órganos de dirección y administración de las empresas no van a tener la libertad con que cuentan hoy para gestionar y para asumir los propios riesgos que supone cualquier negocio librado a las empresas privadas. Esto supone una fuerte restricción; creemos que es como sacar la libertad de la empresa dentro del ámbito del sector privado.

Era todo lo que quería decir, señor Presidente.

SEÑOR FERNANDEZ.- Con respecto al comentario que hizo el señor Senador Alfie acerca del alcance de la tecnología, quiero decir que compartimos esa incertidumbre, es decir, la preocupación en cuanto a que, tal cual está redactado el artículo 6º, la tecnología puede llegar a ser de muy bajo costo y complejidad, por lo cual solicitamos -esto lo planteamos en la exposición -que debía aclararse, justamente, el alcance que se pretende dar a este concepto, que quizás esté apuntando a la alta tecnología o sea a la de alto costo y compleja. Esto sería bueno precisarlo.

Con respecto a las expectativas que desde el interior tenemos en cuanto a la incorporación de nuevos usuarios afiliados, en esta primera etapa -el primer año, el 2007- a partir de la aprobación de ley FONASA, estarían en condiciones de ingresar al sistema, según estimaciones del Ministerio de Salud Pública, unos 27.000 funcionarios que accederían al beneficio. De acuerdo a estudios que, incluso, la propia Cartera nos ha comentado, solamente en el interior serían alrededor de 5.000 ó 6.000 -de estos 27.000- quienes generarían el derecho por cuestiones de radicación. Por lo tanto, la expectativa de incorporación de este año pasaría a ser, aproximadamente, la de ese grupo dentro de los cuales, aquellos que de alguna forma hoy no estén afiliados a las instituciones, serían pasibles de ser captados por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva del interior o por ASSE, que también, a partir de ese momento, será otra opción de elección de estos funcionarios y de todos aquellos que ingresen al Sistema de la Seguridad Social a partir de la aprobación de la ley.

El fenómeno de las tasas moderadoras, sin duda, va a ser un elemento determinante a la hora de que esa persona pueda optar. Entre otros elementos, el factor económico, la dificultad o la barrera económica que a veces constituyen las tasas moderadoras, sobre todo para sectores sociales que en el interior -tal como también lo expresaba el señor Senador Alfie- son notoriamente menores que en Montevideo, participa y juega en la opción.

En ese sentido, ha sido y es preocupación de la Federación Médica del Interior que el Sistema Nacional Integrado de Salud tome este fenómeno -me refiero al fenómeno del copago- como un elemento a analizar y para generar una política nacional dentro del Sistema que se aplique tanto para el subsector público como para el privado. El fenómeno de la participación económica de los usuarios dentro de los seguros de salud es mundial; los tiques y órdenes moderadoras no son un invento del mutualismo ni de la asistencia médica colectiva uruguaya, porque los seguros de salud tienen, básicamente, dos formas de regular la sobreutilización de los servicios o el abuso moral que pueda cometer -porque así se lo denomina- el usuario en este sentido: o se lo hace participar económicamente a la hora de utilizar el servicio o, simplemente, no genera ninguna obligación económica y se establece la regulación en forma espontánea a través de las listas de espera, lo cual también termina siendo una barrera al acceso. Esto es algo que sucede muchas veces en los servicios públicos en donde los usuarios no tienen participación económica en el sistema. De todas maneras, allí se genera una lista de espera, que constituye una forma indirecta de regular la utilización del servicio, a la vez que se transforma en un impedimento para el ingreso.

Por lo tanto, entendemos que este fenómeno debe ser tomado como un elemento más, a efectos de poder generar una política del Sistema Nacional de Salud de aplicación común, tanto en el subsector público como privado. Esto no debe ser considerado un problema, una carga o un estigma que llevamos las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva por el hecho de que en ellas se cobran tiques y órdenes, sino que esto debe ser, insisto, asumido por el Estado para poder así generar una política que regule esa utilización del servicio.

Es en ese sentido, entonces, que FEMI viene realizando estudios -que pretende aportar- junto a una institución externa a la Federación, como es la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Concretamente, el próximo viernes y con la finalidad de poner el tema sobre la mesa, se va a hacer la presentación de un documento en el que se hace un análisis del fenómeno de los copagos.

Sin perjuicio de que me fui de la pregunta que formuló el señor Senador, consideré necesario realizar esta valoración conceptual.

Si bien tenemos previsto que en el presente año se incorpore un grupo minoritario de afiliados, la estimación para el 2008 es la siguiente. De aprobarse la incorporación de algo más de 500.000 jóvenes y niños menores de 18 años, podríamos estimar que en el interior del país, aproximadamente la mitad de esa población ya estaría radicada y que sería posible que sus padres elijan nuestras instituciones, como también podrían optar por ASSE. Consideramos que es muy difícil hacer una estimación al respecto porque, de hecho, no tenemos un análisis que haya sido realizado con un criterio técnico o con una metodología estadística o de encuestas que nos permita tener en este momento una valoración más o menos aproximada de esta posibilidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública integrada con la de Hacienda agradece a los representantes de la Federación Médica del Interior su comparecencia en este ámbito y, a través de su Presidente, les estaríamos solicitando que nos hagan llegar ese estudio sobre la incidencia de los copagos, así como el propio material utilizado en el día de hoy para realizar la exposición.

(Se retiran de Sala los representantes de la Federación Médica del Interior)

(Ocupa la presidencia el Senador Da Rosa)

(Ingresan a Sala los representantes de la Unión de la Mutualidad)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda del Senado tiene el gusto de recibir a los representantes de la Unión de la Mutualidad, a los efectos de escuchar sus puntos de vista relativos al proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que comienza a considerarse en esta Comisión. Luego de darles la bienvenida, les ofrecemos el uso de la palabra.

SEÑOR PILON.- En el día de hoy estoy presente en esta sesión de la Comisión como Secretario del Consejo Directivo de la Unión de la Mutualidad y, antes que nada, deseo excusar al Presidente de la Institución, señor Juan Salgado, quien no ha podido estar presente por encontrarse en el exterior. Desde ya agradecemos la invitación que se nos ha cursado con el objetivo de plantear ante esta Comisión la opinión de la Unión de la Mutualidad acerca de este proyecto de ley.

La Unión de la Mutualidad ha estado trabajando en esta temática en el Consejo Consultivo y en las Comisiones que se han creado en el área del Ministerio de Salud Pública. Simplemente, queremos precisar que allí han actuado en conjunto las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, el Sindicato Médico del Uruguay, la Médica Uruguaya y COSEM. Aquí estamos actuando en representación de la Unión de la Mutualidad, que comprende a tres instituciones mutuales de Montevideo como son: la Asociación Española, Casa de Galicia y el Hospital Evangélico. Además, queremos destacar que este conjunto de organizaciones mutuales comprende a 280.000 afiliados. Por otro lado, nos interesa precisar la diferencia de semántica entre las organizaciones mutuales y otro tipo instituciones que también brindan asistencia médica colectiva. Las organizaciones mutuales son propiedad de sus afiliados, son gobernadas por ellos y, por lo tanto, las manejan y dirigen en todos los ámbitos y áreas. En consecuencia, en ninguna de estas instituciones -ni en ningún grupo dentro de ellas- existe una finalidad lucrativa.

El mérito que tiene la mutualidad en este país es haber inventado o creado, hace más de 150 años, lo que hoy es la asistencia médica colectiva, con pequeñas variantes, que en la actualidad es prestada por las mutuales que referimos, a las que se agregan el Círculo Católico y la Mutualista Obrera de Juan Lacaze. Las demás, salvo el CASMU que es una dependencia del Sindicato Médico del Uruguay, son cooperativas médicas.

Cabe destacar que la Unión de la Mutualidad ha encarado esta reforma como un planteo del Gobierno y no como una iniciativa propia. En cuanto a la filosofía que se ha adoptado para el análisis del proyecto de ley, como representantes de los socios, debemos destacar la importancia de velar por un sistema de salud que ofrezca un buen nivel de calidad, que respete los derechos de los asociados, preserve la sustentabilidad del sistema y el desarrollo y crecimiento de las instituciones, adecuándose al “aggiornamento” que día a día deben hacer para poder prestar los servicios que los afiliados requieren.

Quiere decir que estamos haciendo un aporte positivo, tendiendo a colaborar en la búsqueda de las mejores soluciones que sirvan, en general al país y, en particular, a nuestras instituciones y a sus asociados.

Para ocuparse de la parte medular del proyecto de ley, me gustaría que hiciera uso de la palabra el doctor Julio Martínez, asesor letrado de la institución, que es quien ha actuado casi en la totalidad de las reuniones, tanto del Consejo Consultivo como de las Comisiones.

SEÑOR MARTINEZ.- Durante estos dos años hemos estado constantemente en un proceso de discusión del tema con los sectores públicos y privados y, tanto en el Consejo Consultivo de la Salud como en las Comisiones, hemos hecho cantidad de planteos a la idea original del Sistema y del Seguro Nacional de Salud. En este tiempo gran parte de los planteos de ambas instituciones fueron recogidos y pensamos que el proyecto presentado está más “aterrizado” a la realidad que la idea original, en cuanto a la posibilidad práctica de su implementación.

Me gustaría destacar tres o cuatro puntos importantes que nosotros planteamos y que fueron considerados. En el día de hoy voy a referirme a discrepancias, aportes o sugerencias al proyecto de ley que ya discutimos en su momento en el Ministerio de Salud Pública y que no han sido recogidas.

El proyecto de ley enviado aquí fue tratado en la última reunión del Consejo Consultivo, donde realizamos algunos comentarios. El hecho de que sea público y privado y que no se prescinda de las IAMC ni del mutualismo, que ha sido un actor fundamental de la salud en el Uruguay, nos parece importante. Asimismo, que se tengan en cuenta las características de las instituciones como el caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, etcétera, para habilitarlas a integrar el sistema es fundamental para que no haya instituciones que sean meros escritorios o poco más que un consultorio.

El haber logrado tener un representante con voz y voto en la Junta Nacional de Salud fue un paso muy grande para los prestadores. En el proyecto original planteado por el Ministerio la integraban representantes estatales, trabajadores y usuarios, pero los prestadores de la salud quedaban fuera, con un papel meramente consultivo. Finalmente, se aceptó que integraran la Junta con voz y voto. Personalmente, integro la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos y creo que la participación de los prestadores de salud en un organismo de ese tipo es muy importante. Obviamente, es un solo representante y después tendremos que ponernos de acuerdo en su designación, pero lo relevante es que habrá un representante.

Por otra parte, nos parece importante la nueva forma de establecer los derechos y obligaciones recíprocos entre las instituciones y los usuarios. Deben establecerse taxativamente los programas y sus componentes. Es sabido que en la actualidad existe una gran zona gris y no se sabe exactamente cuáles son las obligaciones asistenciales de las instituciones ni los usuarios conocen sus derechos. Es más; si uno compara instituciones entre sí, llegará a la conclusión de que la canasta de prestaciones de servicios no es homogénea y eso lleva a inequidades y a una gran falta de certeza de uno y otro lado. Por lo tanto, reitero que este paso nos parece muy importante.

El hecho de que las prestaciones no incluidas en los programas obligatorios queden en un régimen de libre contratación, tal como sucede en el sistema francés, también nos parece relevante.

El respeto a la libre elección de los usuarios, facultando al Poder Ejecutivo para establecer términos mínimos de estabilidad, también lo consideramos correcto, ya que para que las instituciones sean sustentables es necesario que exista un término mínimo de afiliaciones y que no haya cambios para uno y otro lado. Esperamos que una vez solucionada la vuelta o penalizada la interrelación lucrativa, no vuelva a ocurrir eso, pero sabemos que la mera tipificación no lo va a evitar. El Sistema Nacional de Salud es una gran ampliación de DISSE. Entonces, si además de la penalización no se toman medidas administrativas y de Derecho adecuadas, todo el sistema que se procure establecer por esta vía va a quedar distorsionado por la compra y venta de afiliados.

En cuanto a los puntos que nos preocupan del proyecto de ley, debemos decir que para nosotros es central mantener la autonomía de gestión de las instituciones, así como sus individualidades y particularidades, porque si los afiliados han elegido ser socios de una mutualista o de determinada cooperativa es por alguna razón.

Diría más: en los casos de las que forman parte de la Unión de la Mutualidad del Uruguay existen raíces étnicas y religiosas de gran parte de la gente que la integran. Por tanto, sin perjuicio de los controles que el Estado debe mantener en el tema de la salud, creemos que es central mantener la autonomía de gestión de las instituciones, sobre todo teniendo en cuenta que la prestación de la salud -como ha enseñado Sayagués Laso- es un cometido social que le compete no exclusivamente, pero sí en donde los particulares actúan por derecho propio. En ese caso el Estado concurre con ellos y también controla.

Por supuesto que no nos asustamos de todos los controles que se establecen, porque gran parte de los que marca el proyecto de ley existen en la legislación actual. Nos referimos, por ejemplo, a todos los controles que indica el artículo 16 de esta iniciativa que se encuentran vigentes en el artículo 14 del Decreto-ley Nº 15.181. Es decir que las mutualistas que trabajan de acuerdo con las normas no se van a asustar de ese tipo de controles.

En cuanto al artículo sobre la publicidad, podemos discutir si es conveniente o no, pero no decir que es algo nuevo, porque recoge textualmente el Decreto Nº 308/91 -que, a mi juicio, es inconstitucional porque establece una censura previa por ese medio, pero en este caso habría una regulación legal- y algunos anteriores. Siempre he sostenido que esa norma es inconstitucional porque, reitero, establece una censura previa por ley y acá estaríamos hablando de la regulación por una ley. De hecho, tampoco nadie lo impugnó por inconstitucional ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo y todo el mundo se amoldó y sabemos lo que ocurre en estos casos.

Aparecen otras limitaciones que, a nuestro juicio, recortan demasiado la autonomía de gestión de las instituciones, al punto que podría llevarnos a decir si ésta existe en función de lo que voy a señalar a continuación.

Hay que reconocer que el inciso segundo del artículo 13 del proyecto de ley reconoce que las entidades mantendrán su titularidad y no se modificará su autonomía administrativa. A los efectos de que fuera más claro, pensamos que habría que agregarle “salvo los casos expresamente establecidos en la presente ley”, pues en materia de regulación de salud tenemos una gran cantidad de decretos -ha sido costumbre establecer por decreto limitaciones que no están indicadas por ley- que podrían llegar a ser de dudosa constitucionalidad.

No obstante ello, vamos a ir a tres aspectos en donde, a nuestro juicio, esa autonomía administrativa de gestión que proclama el artículo 13 se encuentra excesivamente recortada.

El artículo 37 es el que regula los acuerdos que realicen los prestadores que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud con otra institución, como por ejemplo si se contrata una emergencia móvil, una ambulancia o una clínica para realizar determinados estudios o tratamientos. En primer lugar, creemos correcto que se controlen los aspectos asistenciales de esos acuerdos y que los prestadores que los vayan a usar estén habilitados, así como también el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios. En segundo término, no se pueden vender camas dos o tres veces, sino que se debe dar certeza en ese sentido e, incluso, de la estabilidad en la relación para asegurar que la asistencia sea adecuada y se preste en forma oportuna. Y, por último, nos parece exorbitante que la Junta Nacional de Salud controle relaciones que hacen estrictamente a la autonomía privada en materia contractual como es el establecimiento de precios.

SEÑOR ALFIE.- ¿Ha ocurrido muchas veces que se han vendido camas y que como consecuencia de ello quedó gran cantidad de gente sin lugar donde asistirse?

SEÑOR MARTINEZ.- No podría contestar el hecho concreto. Lo que ocurre en la actualidad es que, cuando se venden camas, generalmente no se bloquean para alguien en particular, sino que hay varios compradores a la vez. En consecuencia, puede ocurrir que en determinado momento la cama no esté disponible. Como las instituciones de UMU tenemos sanatorios propios, no contratamos camas externas, por lo que no podría entonces citar casos del tipo del que menciona el señor Senador. Como saben, me he dedicado a la aviación desde que me recibí y en ese ámbito existe tanto el bloqueo de espacio, donde uno bloquea los asientos, como la otra fórmula.

SEÑOR ALFIE.- Además, la modalidad de compra de camas sale bastante más cara.

SEÑOR MARTINEZ.- Sin duda.

En consecuencia, en lo que hemos analizado hasta ahora, nos parece que habría controles adecuados. Sin embargo, nos parece exagerado que se establezca el control de precios, de la forma de pago y de los plazos del contrato. Creemos que estos aspectos corresponden a la gestión autónoma de las empresas y que el Estado no debe intervenir en la determinación de los precios que se realiza entre prestadores. Consideramos que cuando se comienza a regular ese aspecto, se lesiona la autonomía de gestión que posibilita que uno pueda conseguir un precio menor. El proyecto de ley, en el artículo 38, establece que habría un precio de referencia fijado por el Poder Ejecutivo para la relación entre prestadores. No estaría bien definido que se trata precios de referencia, pero de todos modos, en nuestra opinión, este aspecto debería eliminarse para preservar la autonomía de las instituciones. Lo mismo pensamos respecto al control de si existen deudas previas entre las partes que van a celebrar el contrato en la medida en que, si el prestador decide continuar contratando con la institución que le pide los servicios, será porque no le interesa mucho la existencia de una deuda previa y tiene una relación contractual o comercial libre con la misma.

A su vez, dentro de las excepciones que se establecen al final del artículo detallando los casos en que no hay que someter el contrato a la aprobación de la Junta, habría que agregar, aparte de los casos fortuitos y de fuerza mayor, los de urgencia. Jurídicamente, los casos fortuitos y de fuerza mayor implican la falta de previsibilidad, pero puede tratarse de una situación previsible que a la vez requiera la urgente atención del paciente, por lo que no hay tiempo de tramitar la autorización.

En consecuencia, reitero, habría que agregar a los casos fortuitos y de fuerza mayor, los de urgencia. Incluso uno podría pensar en la urgencia y en la emergencia, pero desde el punto de vista médico, si hablamos de "urgencia" estamos englobando también la emergencia, que es un concepto algo más restrictivo.

Por otro lado, creemos que debería establecerse un plazo para que los acuerdos queden autorizados si la Administración no se expide dentro del mismo ya que, de no ser así, se puede complicar bastante la atención. Por ejemplo, el artículo 120 del Código Aeronáutico establece un plazo de noventa días para acuerdos de colaboración entre empresas en el caso de que la Administración no se expida. En este proyecto, personalmente propondría un plazo de 30 días, porque me parece que se ajusta más a la lógica y a la dinámica de la salud.

Otro punto que nos preocupa es el que figura en el artículo 35 que hace referencia a las redes de atención territorial. Creemos que está bien considerar la territorialidad y pensamos que los acuerdos y las redes territoriales son buenos para la prestación y utilización de los servicios y para la racionalización de los recursos, pero el texto propuesto está en modo imperativo y, por lo tanto, implica la obligatoriedad de las redes, lo que no es conveniente, más aún cuando se establece en una forma un tanto laxa. Incluso, durante las discusiones en el Consejo Consultivo, una de las Comisiones se creó para estudiar la complementación de servicios y fue la que menos avanzó; en la reunión final se llegaron a concretar muy pocos conceptos acerca de cómo se establecería una red. Hay que aclarar que no fue fácil para quienes lo proponían ni para los prestadores hablar de cómo se articularía una red.

Creemos que, en cuanto a este tema de la red, lo que debería establecerse no es la obligatoriedad sino que, a través de la Junta Nacional de Salud o del Ministerio de Salud Pública, se fomente la creación de redes mediante políticas de estímulo y desestímulo, a fin de que se preserven las características de no establecer monopolios ni impedir la libre elección de los usuarios. Estas redes serán todas distintas según las particularidades institucionales; pensemos en instituciones de la UMU - me viene a la mente la Asociación Española o el Hospital Evangélico- que tienen una red territorial en Montevideo, cuentan con un sanatorio central y policlínicas zonales; obviamente, su situación no es la misma de otras instituciones -el Hospital Evangélico está abriendo una red de medicina familiar zonal- por ejemplo, del interior del país o de Montevideo, pero con otras características.

Por su parte, el artículo que menciona las redes dice que éstas sólo serán entre prestadores que integren el Sistema, pero nosotros pensamos que también podrían sumarse aquellos que no lo integran. Por ejemplo, la participación de servicios de salud municipales, de una emergencia móvil que cuenta con policlínicas, de una cooperativa barrial o algo por el estilo, así como consultorios puntuales o las farmacias locales, debería contemplarse dentro de una red. El de las farmacias es un tema con el que discrepamos, pero todas las instituciones de Montevideo, en algún lugar, tenemos convenios con ellas. Estimo que en lo que tiene que ver con las farmacias, cada uno contemplará este tema en sus redes. Creo que el mutualismo brinda un buen servicio de farmacias, pero no vamos a discutir ese tema porque, entonces, deberíamos mencionar las políticas sobre medicamentos y nos quedaríamos hasta mañana.

En realidad, las farmacias comunitarias podrían forman parte de la red porque, de hecho, hoy son actores que integran las redes con las instituciones de Montevideo y algunos lugares del interior que tienen acuerdos con ellas.

De todas formas, me parece que no debería disponerse que la Junta establecerá obligatoriamente las redes, sino que se debería fomentar su creación con políticas de estímulo y desestímulo; luego, cada red será distinta. En el día de ayer, en ADM, cuando la señora Ministra habló de las redes, utilizó la palabra "fomentar" y, en ese sentido, tenemos coincidencias porque yo había escrito algo al respecto la noche anterior. Se trata de una sugerencia de 4 artículos que les voy a entregar a los señores Senadores.

Otro tema muy importante para nosotros tiene que ver con la sustentabilidad de las instituciones y su desarrollo. El literal a) del artículo 4º establece como principio, justamente, la sustentabilidad, pero creemos que la forma de determinación de la cuota de salud que se establece es demasiado poco concreta y deja demasiada discrecionalidad para el administrador, sea cual fuere. Voy a explicar de qué se trata esto. Creo que el primer tema refiere a la relación con los costos de la cuota y es algo que planteé en el Consejo Consultivo, donde me dijeron que estaban de acuerdo, pero luego ello no se reflejó en el texto. En definitiva, en el artículo 48º se dice que la fijación de la cuota tendrá en cuenta costos diferenciales, pero creemos que el texto del artículo 15 del Decreto-Ley Nº 15.181 es superior, porque establece que las cuotas mensuales deben adecuarse a los costos del servicio. Pensamos que en lugar de usar la expresión "tendrá en cuenta", debería decirse "adecuarse a los costos del servicio".

Estamos de acuerdo con la fijación de cuotas diferenciales por grupos poblacionales, llamadas cápitas. Creemos que la fórmula amplia puede tener desventajas, pero también tiene la virtud de ingresar otros parámetros que hoy no están presentes cuando se habla de cápitas; por ejemplo, no sólo la edad y el sexo, sino el tipo de patología -sobre todo crónica- que padecen los socios. No es lo mismo una institución que, eventualmente, dentro de su masa social tenga un 10% o un 25% de diabéticos, que otra que sólo tenga un 1% de quienes padecen esta enfermedad. Entonces, en cuanto al artículo 48º, creemos que se debería establecer que las cuotas sean adecuadas al costo del servicio; obviamente, esto es una sugerencia. Nosotros reconocemos que es imposible establecer por ley la forma de fijación de las cuotas; sí fue posible establecer la cuota de DISSE actual, porque se determina en base a un porcentaje de la cuota promedio individual de los socios, pero ésta no tiene parámetros determinados. Por tanto, en este caso estaríamos hablando de costos diferenciales de los servicios según los grupos.

También creemos que faltaría establecer cuándo se paga la cuota salud. Actualmente, las cuotas mutuales se pagan a mes adelantado, es decir, vence a mes adelantado y se van pagando durante el mes. Si se pasara a pagar a mes vencido, eventualmente todas las instituciones pasarían a tener un desfase de cobro de un mes al principio, lo que no es un detalle menor al hablar de las economías de las instituciones.

En cuanto a la actualización de la cuota, el texto actual refiere a que el Poder Ejecutivo periódicamente la actualizará y se habla de tener en cuenta los costos. Esto nos parece demasiado laxo, por lo que propondríamos un texto un poco más fuerte en cuanto a garantizar, incluso, un derecho de petición para solicitar un aumento de cuota. Reconocemos que no es posible establecer períodos, porque si no hay inflación, pueden transcurrir seis meses o un año sin ajuste y si hay una inflación grande, el aumento deberá ser mayor. Es decir, nos damos cuenta de las dificultades existentes para resolver esto, pero nosotros proponemos expresar que la cuota se actualizará periódicamente, para asegurar la calidad de las prestaciones y la sustentabilidad de los servicios, tomando en consideración los componentes de los costos -como dice el proyecto actual- así como la incorporación de nuevos programas integrales de atención y nuevas prestaciones. El texto propuesto sólo habla de tener en cuenta los nuevos programas, pero en los existentes se pueden ir incorporando nuevas prestaciones que todavía no existen, ya sea por razones de costo o por razones científicas.

A su vez, pensamos que sería bueno que se mantuviera un procedimiento que ha sido práctica, en general, en las últimas administraciones, al menos en la anterior y en ésta. Me refiero a que cuando va a haber un ajuste de cuota, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Salud Pública y las instituciones se sientan a discutir sobre ello, intercambiando ideas y realizando planteos; esto ha ocurrido casi con regularidad. Entonces, en la medida en que habrá un nuevo sistema y que la fijación de la cuota tendrá una mayor discrecionalidad -actualmente la discrecionalidad es para la cuota básica, mientras que la de DISSE viene relacionada a un porcentaje de la cuota básica- creemos que sería bueno que hubiera una instancia formal de vista a las instituciones para que éstas puedan opinar, ya que esto se asocia a los costos.

Por último, quisiéramos hacer una precisión sobre el tema de los socios vitalicios que plantea el artículo 17º. La normativa actual de los últimos cuatro o cinco años prohíbe nuevas afiliaciones de socios vitalicios, pero igualmente hay muchos que ya formaban parte de las instituciones. Nosotros no nos opondríamos a que hubiera socios vitalicios y, de hecho, nuestras instituciones los tienen, pero si la línea es la prohibición de nuevas afiliaciones vitalicias, entendemos correcto que se respeten los derechos de los vitalicios en el nuevo sistema. Nos parece bien que no paguen cuota salud, pero para respetar completamente sus derechos, deberían estar exonerados de los aportes al sistema porque, en realidad, ellos ya pagaron por adelantado toda su asistencia. Este es nuestro planteo en materia de socios vitalicios.

Quiero aclarar que no tuvimos tiempo de preparar un documento pero, de todas maneras, les vamos a dejar el material que hemos traído. Este es un tema sobre el cual venimos discutiendo desde hace dos años y aquí encontrarán algunas de las observaciones fundamentales que tenemos para hacer; las otras son simplemente de redacción. También figura el texto sustitutivo de los artículos que hemos comentado. Desde ya adelanto que cometí un error al transcribir el artículo 13º y que solamente aparece el inciso segundo, pues el primero no tendría modificaciones de nuestra parte.

Básicamente, estas son nuestras inquietudes con respecto a este proyecto de ley que la Comisión está considerando.

SEÑOR ALFIE.- Aprovechando la presencia de abogados, voy a reiterar algunas preguntas que ya hiciera a la delegación de la FEMI, además de formular algunas otras.

La primera interrogante se refiere a la expresión de que en esta ley no se prescinde del sector privado. Me pregunto cuál es la autonomía que tiene el sector privado para tomar alguna decisión con respecto a esta ley, en especial, en lo que se refiere a la Junta -a la cual llamo "Junta todopoderosa"- que tiene que homologar todos los contratos. En realidad, me gustaría saber cuál es el alcance de la expresión "todos los contratos" ya que, por ejemplo -voy a reiterarlo y supongo que mis colegas lo tolerarán- la compra de medicamentos es un contrato, convenir con un laboratorio para la realización de análisis clínicos también es un contrato, el alquiler de camas es otro contrato, etcétera, etcétera. ¿Qué alcance entiende la Unión de la Mutualidad tiene la expresión "todos los contratos"? A ese mismo respecto, los precios de contratación, pertenecientes al Sistema y por fuera de él, también deben ser aprobados, homologados y demás. Entonces, insisto, ¿cuál es la autonomía del sector privado. ¿Les parece que el Sistema queda libre o la libertad puede ser más formal que efectiva?

SEÑOR MARTINEZ.- Hemos planteado nuestras discrepancias con el control de precios de estos contratos y hemos dicho que se prevé una cantidad de controles que hoy día ya se realizan; pero, además, aquí se agrega otra cantidad que llevaría a desvirtuar o a cuestionar la existencia de la autonomía de gestión. A propósito, hemos señalado algunas observaciones al artículo 37º, concretamente, al control de estos precios por parte del Estado, así como de los plazos. En el texto sustitutivo que proponemos se autorizan los contratos de subcontratación de servicios. A nuestro entender, el artículo sólo plantea la contratación de prestaciones y pensamos que la compra de medicamentos no es una prestación. Si se entendiera que lo es, por supuesto que no estaríamos de acuerdo. En ese caso, debería modificarse el artículo para que dijera "la subcontratación de determinados servicios".

SEÑOR ALFIE.- Aquí se habla de "todos los contratos".

SEÑOR MARTINEZ.- Con respecto al tema de la homologación, estamos de acuerdo con mantener lo vigente o sea la homologación de subcontratos de servicios, pero no el resto de la contratación. Pensé que había sido relativamente claro. En realidad, creemos que este texto, tal como está planteado, recorta la autonomía de gestión y pone en cuestionamiento su existencia. Es por eso que planteamos una redacción alternativa.

SEÑOR ALFIE.- El proyecto de ley también habla de aprobar la tecnología. El término "tecnología" abarca mucho; tecnología es todo, hasta los medicamentos tienen tecnología detrás. Hay tecnología de baja, de media y de alta sofisticación. A veces, algo que es de alta tecnología va quedando obsoleto o al poco tiempo se transforma en baja tecnología. Entonces, dado que se ha estado hablando durante dos años con las autoridades, quisiera saber cuál es el alcance que hay que dar a esta autorización previa de todo tipo de tecnología.

SEÑOR MARTINEZ.- Realmente, no discutimos mucho este tema con las autoridades, porque actualmente está vigente el Decreto-Ley Nº 15.181 y otros cinco o seis decretos reglamentarios, que establecen un control absoluto del Ministerio de Salud Pública para la incorporación de tecnología. Es cierto que en algunos momentos la norma cayó en desuso y no se aplicó; puedo decir que por lo menos en los últimos tres años del Gobierno anterior, ya no se aplicó. Hubo un incumplimiento por parte del Estado y también de los privados que no realizábamos las solicitudes. Como consecuencia, hace muy poco hubo problemas porque no había disponibilidad de algunos equipos debido a que no estaban habilitados los importadores. Pero, reitero, ese tema no lo consideramos porque, en realidad, el Decreto-Ley Nº 15.181 está vigente y lo que discutimos fueron los nuevos controles que se establecen. No nos pareció lógico debatir acerca de controles que no habíamos cuestionado jurídicamente antes por la vía de la inconstitucionalidad y que, en la práctica, a veces en función del

jerarca de turno de una repartición del Ministerio de Salud Pública y no ya por una decisión política, se venían efectuando con distinta intensidad.

El Decreto-Ley Nº 15.181 data de 1981 y, reitero, también existen cinco o seis decretos reglamentarios que establecen un sistema de pedido de autorización para inversiones, etcétera. En el caso de las inversiones menores a los U$S 15.000, la autorización es automática; de lo contrario, se debe elaborar un proyecto. Por ejemplo, en el caso de la Asociación Española, cuando se decidió la construcción del nuevo sanatorio, hubo que presentar un proyecto para que fuera autorizado bajo las normas que estaban vigentes. Hace poco se me consultó sobre la habilitación y contesté que fue aprobada por el Poder Ejecutivo hace alrededor de nueve años. Es decir que cuando alguien recordó que había que solicitar la autorización, lo hizo en relación a una obra que ya estaba autorizada. Ahora bien, el tema está en que luego cayó en desuso.

SEÑOR ALFIE.- De hecho, sólo se autorizaba la alta tecnología. Obviamente, en el caso de una planta física existen determinadas cosas que requieren autorización, entre otros, de Salud Pública, como por ejemplo que se cumpla con determinados parámetros o estándares internacionales -que, por supuesto, van cambiando- de facilitación de acceso, etcétera.

Se puso énfasis en que se estaba de acuerdo con una cantidad de parámetros, entre ellos, el de la existencia de una planta física propia, de una cantidad de usuarios y demás. A ese respecto quiero preguntar por qué están de acuerdo en ese punto cuando lo que en realidad dice querer hacer el proyecto de ley es integrar servicios para abaratar el costo del capital hundido. Estimo que cuantas más plantas físicas propias existan para atender a determinada cantidad de gente, más capital hundido va a haber. En realidad, lo único que debería existir es la prestación efectiva y su control. Entonces, teniendo los contratos para prestar todos los servicios y prestándolos efectivamente, no veo la necesidad imperiosa de tener la sede, la concentración propia y demás. Concretamente, la consulta refiere a por qué se insiste en ese punto.

SEÑOR MARTINEZ.- En primer lugar, debo decir que nuestras instituciones se han caracterizado por tener plantas físicas propias, por lo que estamos de acuerdo con esa forma de trabajar.

SEÑOR ALFIE.- Creo que ésa es una razón particular y de interés individual.

SEÑOR MARTINEZ.- No fuimos nosotros quienes redactamos el proyecto de ley ni el artículo. Simplemente, estamos de acuerdo con que se controle y con que se tenga una planta física. El proyecto de ley no establece que deba ser propia. En el Consejo Consultivo se discutió este tema y estuvimos de acuerdo con que fuera propia o a disponibilidad. En el caso de que sea a disponibilidad, podrá ser por rId o por subcontratación. Nosotros creemos que controlar que una institución de asistencia médica colectiva tenga una planta física disponible es un elemento de garantía para los usuarios y además pensamos que el hecho de que todas se ajusten al mismo parámetro supone una sana competencia entre todas las instituciones. Actualmente, muchos de esos requisitos figuran en los decretos vigentes y seguramente muchos, digamos, están inhabilitados, porque no se cumplió con su control.

SEÑOR ALFIE.- Quisiera saber cuál es el papel que la Unión de la Mutualidad entiende que le queda al Fondo Nacional de Recursos a partir de la aprobación de esta ley. La segunda pregunta refiere a si la Unión de la Mutualidad, siendo tan importante y con un número tan grande de socios, tiene algún estudio propio sobre los costos o el precio que debería cobrarse por sexo y edad en las cuotas salud.

SEÑOR MARTINEZ.- A mi entender, el Fondo Nacional de Recursos seguirá siendo el mismo y no cambiará en nada. Creo que en ese Fondo sí hay que repensar algunas otras cosas, como por ejemplo el hecho de incorporar muchos más medicamentos de alto costo. Me refiero a medicamentos que serán refinanciados más fácilmente en el país por la vía del Fondo Nacional de Recursos que por la vía de las instituciones o de otros fondos. Por lo menos, ésta es nuestra opinión y es lo que hemos planteado, como integrantes, en el seno del Fondo Nacional de Recursos.

Con respecto a los estudios, voy a decir lo siguiente. La UM ha realizado estudios y las instituciones también.

SEÑOR ALFIE.- ¿Nos los podrían facilitar?

SEÑOR MARTINEZ.- Tendría que consultar a las instituciones. Si ellas nos autorizan, se los facilitaremos.

Sé que en la Asociación Española se han realizado algunos estudios y allí la cuota salud da aproximadamente los parámetros que respeta la ley y que está manejando el Poder Ejecutivo. Digo "aproximadamente" porque, obviamente, hay diferencias. Las cifras surgen, según el Ministerio de Salud Pública, en base a datos del SINADI. Como sabemos, los datos del SINADI se obtienen por declaración jurada y no todos son fidedignos, por lo que pueden surgir problemas cuando se quiere sacar un promedio nacional. Precisamente, cuando se obtienen promedios nacionales, determinadas instituciones que tienen mayor cantidad de trabajadores -eso representa la estructura de costo- y de afiliados añosos, siempre salen perdiendo en las discusiones. Por ejemplo, la Asociación Española, Casa de Galicia y el Evangélico no se caracterizan por tener estructuras etarias excesivamente jóvenes. Además, en la medida en que no se hace un contrato en servicio, tienen una estructura de costo de recursos humanos de alrededor de un 58%, como sucede en la Asociación Española. Mientras tanto, la paramétrica del Poder Ejecutivo da una cifra de 54% para los recursos humanos.

En consecuencia, el que tiene el 58% sale perdiendo y como el incremento es uniforme, el aumento salarial pactado en el Consejo de Salarios, termina transfiriendo ganancia indirecta por esa vía a quienes tienen menos estructura de recursos humanos. Por eso, la cifra del costo que se obtiene a nivel nacional en base a los datos del SINADI puede tener alguna desviación porque, además -y reitero- depende de lo que uno declare precisamente ante el SINADI.

En lo que a nosotros respecta, hemos visto algún estudio de la Asociación Española y la cifra está en el entorno de las cápitas. Sin duda, cuando una institución tiene una estructura etaria como las de la UM -en Casa de Galicia el 28 % es mayor de 65 años, en la Asociación Española, el 26% y el Hospital Evangélico está por encima del doble del promedio del resto de las instituciones en las estructuras etarias- el principio de equidad en el reembolso es fundamental para mantener la sustentabilidad de las instituciones.

SEÑOR MICHELINI.- Señor Presidente: en el artículo 17 se nos plantea la inquietud de que aquellos que sean vitalicios mantengan sus derechos, como lo establece la ley, pero que no aporten al sistema. La pregunta es qué ocurre hoy si una persona es vitalicia de una entidad; incluso, algunos se han hecho socios desde muy niños. Cuando la persona empieza a trabajar, ¿se le hacen o no los descuentos?

SEÑOR MARTINEZ.- A este respecto, hoy ocurre lo siguiente. El que está afiliado por DISSE, sigue aportando por DISSE además de ser vitalicio y está exonerado de tiques y órdenes. Pero, ¿qué sucede? Que el sistema va a ir incorporando a los cónyuges. En la ley "chica" esto no va a pasar, salvo con algún funcionario público que sea vitalicio, es decir que no va a ocurrir en la ampliación de los menores, porque ya se cancelaron los vitalicios; los últimos que hubo en la Asociación Española tenían que tener 45 años hace 7 años para poder serlo.

Entonces, a medida que esto se concrete y cuando se inicie la tercera etapa -que no está en esta ley- esa gente que pagó ya su afiliación vitalicia va a estar afectada por los descuentos. De repente, puede hacerse una distinción entre lo que es un descuento actual por DISSE y el de nosotros, pero el que es vitalicio estando por DISSE es vitalicio igual -y hay casos de esos- porque el hecho de estar en la categoría de vitalicio, en muchas instituciones implicaba, además, algunos beneficios adicionales, por ejemplo, habitación privada, el no pago de tiques y órdenes, etcétera. Pero los que se incorporen luego -podrían ser los cónyuges o los que lo hagan en la etapa posterior de esta ley, ya que se habla de la incorporación del resto de las personas, que tendría lugar en la "ley 3"; ésta no es la ley "grande", es la ley "mediana", y digo esto porque la ley "grande" es cuando se termina- estarían pagando dos veces.

SEÑOR MICHELINI.- ¿Cuántos vitalicios hay en el país? ¿Representan una cifra significativa?

SEÑOR MARTINEZ.- En el país suman alrededor de 15.000; en la Asociación Española, por ejemplo, la cifra es de 4.000.

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo ningún señor Senador que desee hacer otras preguntas, agradecemos la presencia de la delegación y, naturalmente, nos mantendremos en contacto a los efectos de despejar cualquier otra consulta sobre el tema.

(Se retira de Sala la delegación de la Unión de la Mutualidad)

(Ingresan a Sala representantes de la Cámara Nacional de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria)

La Comisión de Salud Pública integrada con la de Hacienda del Senado, tiene el gusto de recibir a los representantes de la Cámara Naciona l de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria, a efectos de exponer sus consideraciones sobre el proyecto de ley remitido por el Poder Ejecutivo a este Cuerpo, relativo a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Sin más, les cedemos el uso de la palabra para que, posteriormente, los señores Senadores que lo deseen puedan formular algunas interrogantes sobre la exposición que ustedes realicen.

SEÑOR SADE.- Vengo en representación de la Cámara Nacional de Emergencias y estamos muy agradecidos a ambas Comisiones que nos convocaron para dar a conocer nuestro punto de vista sobre este tema que, como verán más adelante, son más interrogantes que otra cosa.

A efectos de ser sintético, traje un pequeño documento que nos ayudará en la ilación de la intervención.

¿Cuál es la situación actual del sector de emergencias móviles? En la actualidad, más de un millón de uruguayos optó por este subsistema y, además, este conjunto de la población no está obligado a permanecer en ninguna institución. Así es que, mes a mes, y de acuerdo con el nivel de satisfacción, vuelven a contratar o no su institución de emergencia en función de la calidad asistencial de la misma.

El subsistema de emergencias cuenta con más de cincuenta instituciones en todo el territorio nacional y ocupa a más de 4.500 trabajadores. El sector atiende una demanda superior a 5.000 pedidos de asistencia por día, lo que equivale a más de 1:800.000 asistencias por año. La inmensa mayoría de las asistencias son resueltas en el domicilio del usuario y esto representa más del 90% de las atenciones. De acuerdo con este porcentaje, solamente entre el 6% y el 9% de nuestras asistencias son derivadas a un centro de internación, lo cual determina un gran alivio, tanto para los prestadores integrales como para sus puertas de emergencia y urgencia.

La última encuesta realizada por Equipos Mori muestra que los índices de satisfacción de nuestros usuarios superan el 90%. Ello se debe, fundamentalmente, a la fácil y rápida accesibilidad a un médico, al no cobro de tiques -excepto el timbre de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios- a la calidez en el trato, a la formación permanente, a la capacitación de nuestros recursos humanos y su orientación específica hacia el usuario y a la resolutividad de las situaciones planteadas.

Actualmente, la inmensa mayoría de la demanda asistencial no responde a la definición técnica de emergencia, que refiere al riesgo de vida inminente. Es decir que solamente el 3% de las 1:800.000 asistencias que recibimos, responde a esta definición estricta. En realidad, nuestro sector no se puede definir como un sector de emergencias, sino de asistencia médica extrahospitalaria. En última instancia, es la población la que ha decidido hacer uso de nuestros servicios, llamarnos y ser el primer contacto cuando tiene una necesidad de asistencia médica. Sin embargo, cuando la población realiza toda esa cantidad de llamados, lo hace porque siente que son emergencias, como puede ser el caso de una madre que tiene un hijo con fiebre o una crisis de angustia para una persona mayor. Por lo tanto, cuando hablamos de emergencias, desde el punto de vista estrictamente médico, estamos refiriéndonos a los casos en que hay riesgo de vida inminente, pero cuando hacemos encuestas y le preguntamos a la población, más del 60% de los usuarios entienden que llaman por una emergencia, aunque en un sentido estricto de la palabra no lo sea. Lo que sucede es que el usuario lo vive como una emergencia. Esta es la situación concreta y los grandes números que reflejan la actividad de nuestro sector.

A continuación, voy a describir nuestra perspectiva sobre los hechos concretos, en relación al sistema. Queremos aclarar que nuestra Cámara comparte la idea de la creación de un Sistema

Nacional Integrado de Salud y entiende que es sumamente positivo que se planteen propuestas para mejorar la atención sanitaria de todos los uruguayos. Sin embargo, debemos decir que nos ha llamado la atención que, aunque nuestro sector representa a más de un millón de usuarios, no ha sido convocado por el Ministerio de Salud Pública, para integrar el Consejo Consultivo que se conformó a comienzos del 2005. Adicionalmente, es evidente que el proyecto de ley relativo al Sistema Nacional Integrado de Salud no menciona para nada a nuestro sector. Por lo tanto, de hecho, deja de lado a un millón de personas que optan libremente por este servicio. De todas formas, destacamos que las autoridades del Ministerio de Salud Pública han mantenido canales de diálogo con nuestro sector y la última información que recibimos de parte de dicha Cartera, en este mes de abril, aclara que el Sistema Nacional Integrado de Salud espera de nosotros, única y exclusivamente, que brindemos el servicio de emergencia en sentido estricto, es decir, en aquellos casos en que exista riesgo inminente de vida, lo que abarcaría solamente el 3% de los llamados que reciben nuestras instituciones en la actualidad. Por lo tanto, cuando comience a funcionar dicho Sistema, el 97% de los servicios que prestamos quedará excluido. Además, se nos informa que por brindar puramente el servicio de emergencia, no recibiremos el valor del mismo en forma directa, sino que el FONASA pagará al prestador integral y éste a las instituciones de emergencia. También se nos hace saber que aún no está establecido el monto de dinero que percibiremos por brindar el servicio y que nuestras instituciones podrían -utilizo el verbo en condicional, porque en su momento planteamos algunas preguntas y hasta ahora no se nos ha aclarado nada- seguir brindando el resto de los servicios como, por ejemplo, los de baja complejidad y policlínicas en régimen de libre contratación de parte de los usuarios o de la población en general. Esta es la situación concreta, luego de haber sido informados de todos estos puntos por parte del Ministerio de Salud Pública, en relación a lo que esperan de este subsector de la actividad asistencial. Frente a todo esto, nosotros quisiéramos plantear una serie de preguntas e incertidumbres.

En primer lugar, teniendo en cuenta los aspectos económicos, debemos decir que no hemos sido informados de cuál va a ser el valor asignado al servicio puramente de emergencia que nos piden que brindemos. Por esta razón, no hemos podido hacer evaluaciones relativas a la viabilidad económica de la propuesta para poder determinar si podremos solventar este servicio o no. Es necesario que se entienda que un servicio de emergencia, aunque la demanda sea de sólo un 3%, implica tener disponibles en las distintas bases de salida y policlínicas, un posicionamiento de ambulancias con médico, chofer y enfermero, tanto si recibimos algún llamado como si eso no sucede. En caso de que se reciba un llamado de emergencia, hay que responder en diez o doce minutos y, por lo tanto, se necesita contar con una determinada logística que debe estar dispuesta y que comienza en la cabina asistencial que recibe el llamado y dispara el móvil que asiste al lugar del evento. Si bien estamos hablando de un 3% de llamados de real emergencia, desde el punto de vista de la logística que debe estar armada, los costos a tener en cuenta son importantes. Al día de hoy, el Ministerio de Salud Pública no nos ha pasado los datos relativos a esa subcápita que se pagaría por el servicio de emergencia y, en consecuencia, no hemos podido hacer los números para determinar si es viable o no la prestación de dicho servicio.

Por otra parte, algunas de nuestras instituciones emplean a más de 1.000 trabajadores. ¿Qué sucede si se produce un atraso en el pago a alguna de nuestras instituciones por parte del prestador integral? En el Capítulo IV del proyecto de ley del Sistema Integral de Salud se establece que la Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas atrasadas con las que pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato. Si se producen estas contingencias, en el sentido de que el prestador integral se atrasa con un prestador parcial como nosotros, ¿en qué situación quedan nuestras instituciones para afrontar el pago de salarios cuando éstos inciden en un 70% en el total de nuestros egresos? Dado que actualmente hay condiciones tecnológicas muy sencillas como las transferencias electrónicas, nos preguntamos por qué motivo el Fondo Nacional de Salud -FONASA- no hace un pago directo a nuestras instituciones, en función de nuestros padrones debidamente certificados. Nosotros mensualmente pasamos la información de nuestro padrón a la Dirección General de la Salud -DIGESA- del Ministerio de Salud Pública y, efectivamente, puede ser certificada por auditores externos o por quién sea. Por lo tanto, no entendemos por qué el FONASA no hace un pago directo a nuestras instituciones en función de nuestro padrón debidamente certificado. Con ello se evitaría la contingencia de un eventual atraso en el pago de los salarios. A su vez, en el artículo 37 del proyecto de ley se establece una eventual penalidad para los prestadores integrales que se atrasen con los prestadores parciales, que oscila entre 300 U.R. y 500 U.R., por lo que, como máximo, puede ascender a U$S 7.500. Si consideramos que un prestador integral tiene que pagarle a una emergencia que va a atender a 100.000, 150.000 ó 200.000 personas para brindarles el servicio, el monto que debe pagarle mensualmente está muy por encima de la penalidad de U$S 7.500. Por lo tanto, ante una necesidad financiera, se plantea la posibilidad de pagar la multa y no al prestador parcial.

Nosotros evaluamos una contingencia realmente grave y la verdad es que hoy, gracias a la tecnología, miles de trabajadores, jubilados y pensionistas perciben sus ingresos a través de los cajeros automáticos u otros sistemas. En consecuencia, no veo cuál es el motivo para que no se realice un pago directo a nuestras instituciones por parte de FONASA. Adicionalmente, tenemos el ejemplo del Fondo Nacional de Recursos que realiza pagos directos a los IMAE. No les paga a los prestadores integrales para que éstos luego le paguen a los prestadores parciales, sino que simplifican la situación pagándole directamente al IMAE que realizó el acto. La no solución de este aspecto económico, desde nuestro punto de vista, generará a nuestro sector una inestabilidad económica y laboral de carácter estructural, teniendo en cuenta la realidad actual del mutualismo en que hay algunas instituciones intervenidas y otras en conflicto, con atraso en el pago de los salarios y en diferentes cuentas.

Desde la perspectiva del usuario, preguntamos lo siguiente: ¿el usuario de nuestro sector tendrá libertad para elegir su emergencia como lo ha hecho en los últimos 28 años -es decir, desde que nació esta modalidad de prestación asistencial en el Uruguay- o se creará un nuevo "corralito" y el prestador integral elegirá qué emergencia nos asistirá -supongo que muchos de los aquí presentes están afiliados a una emergencia- perdiendo el usuario el derecho a la libre elección? La población elige una emergencia en función de la confianza que le asigna para que salve la vida de un ser humano en el momento en que es necesario. ¿La población perderá este derecho de elección? No lo sabemos. Cabe preguntarse si cuando las autoridades comuniquen a la población que en la canasta de prestador integral estarán incluidos el servicio de emergencia, así como la atención psicológica y la odontológica, los usuarios entenderán que lo que está incluido es la emergencia pura -que es lo que nos comunicó el Ministerio- o que se trata de todo el servicio extrahospitalario que hoy prestan las instituciones de emergencia. Hay que tener en cuenta el imaginario de la población, porque la gente llama a la emergencia por un dolor de pie, una lumbalgia o lo que fuere.

Lo hemos comprobado, porque se lo hemos preguntado a nuestros usuarios: ¿usted sabe que va a estar incluida la emergencia? Ante esa interrogante, nos responde: "¡Ah, qué bueno! Voy a tener todo este servicio y voy a poder llamar por un dolor de espalda". Frente a esa contestación, le decimos: "No, señora, usted únicamente va a poder llamar -de acuerdo con lo que establece la ley del Sistema- si sufre una situación grave en donde haya riesgo inminente de vida". Entonces, nos dicen: "Ah, pero yo leí, cuando vi los programas televisivos, que iba a estar incluida la emergencia". Ahí tenemos que aclararle: "No es la emergencia como usted la entiende". Entonces, hay que ver qué sucede cuando se realice la comunicación. Desde ese punto de vista, nos preguntamos cuáles son las expectativas que ya se están generando a la población y si esto no se transformará en un bumerán cuando, al día siguiente, la gente interprete que puede llamar a la prestadora integral para que le llegue un servicio en media hora o veinte minutos, pero ésta le aclare que eso no está incluido; sí lo está el paro cardíaco.

En la medida en que se informe que el servicio de emergencia va a estar incluido en la canasta básica del prestador integral, es de suponer que una parte de la población entienda que no es necesario seguir siendo socio de una emergencia y, por lo tanto, decida desafiliarse de nuestras instituciones. Esta situación emergente puede suponer una disminución de trabajadores en las instituciones de emergencia móvil. Entonces, preguntamos si los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud Pública están haciendo las previsiones correspondientes para dar cabida, en otras instituciones de salud, a los trabajadores que, eventualmente, queden sin trabajo en el sector de las emergencias móviles. Planteamos la interrogante, porque esto es muy natural. Si se nos dice que estará incluido ese servicio, es lógico que nos preguntemos para qué vamos a seguir pagando la emergencia si ya está en el paquete. Es probable que un grupo de gente decida desafiliarse de esas instituciones y, por tanto, tendremos que hacer las reestructuras correspondientes como ocurre con el sector de una empresa que se ve sometido a cambios en el medio. Por lo tanto, habrá un grupo de trabajadores que quedarán sin su fuente laboral. Entonces, lo asumimos y, por ende, preguntamos si los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud Pública están considerando esta eventualidad.

Queremos acotar aquí que nuestro sector tampoco tiene un lugar en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para plantear inquietudes. En más de dos años de gestiones que hemos realizado, dicho Ministerio y quienes representan a patronos y empleados no han abierto la posibilidad de crear un subgrupo dentro del Grupo 15 de la Salud, siendo que tenemos diferencias económicas sustanciales con el mutualismo. Muchas de las respuestas que nos han dado han sido: "Miren, no abrimos un subgrupo específico, más allá de que entendemos la importancia de vuestro sector, que son cinco mil trabajadores y que tienen diferencias porque se viene el Sistema Nacional Integrado de Salud". Llegado ese momento, de toda nuestra actividad va a estar incluido el 3% de lo que hacemos, pero no tenemos creado el subgrupo. Entonces, el discurso que nos hacían -en el que, repito, nos

planteaban: "están todos juntos en el Grupo 15 porque ustedes van a estar en el Sistema Nacional Integrado de Salud"- no se corresponde con la realidad.

Nosotros pedíamos la apertura de un subgrupo por las radicales diferencias que tenemos con el mutualismo, de las que destaco sólo algunas. Una de ellas -fundamental para los economistas- es que el precio de nuestros servicios lo regula el mercado, mientras que el de la cuota mutual lo está por el Estado. O sea que tenemos un mercado regulado, versus otro no regulado. El mutualismo no paga aportes patronales, mientras que nuestro sector sí lo hace. La incidencia de los salarios en el sector mutual es del 51,45%, mientras que en el caso de nuestro sector es del 70%, por lo que tenemos paramétricas completamente diferentes. El mutualismo paga, en promedio, por encima del laudo del Grupo 15, aproximadamente un 25% -hago una digresión para decir que hoy el CASMU tiene un conflicto serio, desde hace meses, porque plantea que está pagando un 30% por encima del laudo, cinco puntos por arriba del promedio del resto de las mutualistas- mientras que nuestro sector paga, por encima del laudo, entre un 50% y un 70%.

A pesar de todo lo expuesto, no disponemos de un subgrupo dentro del grupo 15 para considerar la problemática de los trabajadores de instituciones de emergencia y, por lo tanto, tampoco hemos podido plantearle al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la inquietud que tenemos en el sentido de que, si se lleva adelante todo esto -como parece ser- va a haber una contingencia laboral en la que puede quedar una gran cantidad de gente en la calle.

En consecuencia, no hemos tenido un ámbito de trabajo en el que se pudiera analizar si se crearía una bolsa de trabajo o de qué otra forma se resolvería esa situación. Nuestros estudios indican que, en el caso en que mantengamos un padrón idéntico al actual, la necesidad de recursos humanos en nuestras instituciones, para prestar solamente el servicio de emergencia pura, se vería reducida en un 75%. Vale decir que sólo quedaría en las plantillas respectivas el 25% de nuestros recursos humanos asistenciales. La pregunta que hacemos entonces es si se ha contemplado esta situación; recordemos que estamos hablando de un sector en el que trabajan entre 4.500 y 5.000 trabajadores, por lo que es probable que más de tres mil personas queden sin trabajo o tengan que ser reabsorbidas por las instituciones mutuales o por ASSE, una vez que se produzca su descentralización.

Otra pregunta que queremos plantear es si para cuando llegue el día "D" -es decir el 1º de enero de 2008- y la gente decida si se mantiene o no afiliada a las instituciones de emergencia, se habrán contemplado las contingencias que hemos señalado anteriormente. Cuando llegue el día "D", un subgrupo de usuarios puede optar por desafiliarse de las instituciones de emergencia y comunicarse con los prestadores integrales, ¿éstos estarán preparados para atender la correspondiente demanda asistencial que será un determinado porcentaje de las más de cinco mil asistencias que nuestro sector realiza durante todos los días al año? En definitiva, el mutualismo o ASSE, ¿están preparados para responder a las miles de solicitudes de asistencia diarias que actualmente atendemos nosotros? Tampoco lo sabemos.

Como verán, tenemos más preguntas que certezas y, en tal sentido, agradecemos que nos hayan escuchado, esperando que ayuden a la población, a los trabajadores de nuestro sector y a nuestras instituciones a despejar estas interrogantes. Así estamos al día de hoy.

SEÑOR CID.- Varias de las interrogantes planteadas han sido compartidas por algunos de nosotros debido a que en este tema existe un área de incertidumbre muy grande y sobre todo, a que no integraron el Consejo Consultivo, por lo que no se pudo edificar, construir o intercambiar ideas para ir buscando la luz. De todos modos, finalmente se realizó una entrevista con las autoridades del Ministerio de Salud Pública en la que plantearon esta realidad que, vuelvo a decir, llena de incertidumbre el futuro.

Las emergencias móviles no son todas homogéneas; incluso hay algunas importantes instituciones de asistencia médica del medio que tienen sus propias emergencias móviles. A su vez, hay otras que han contratado con las instituciones de asistencia médica colectiva la venta de un servicio que pagan los socios, pero que se integra dentro de una cuota preferencial de pago en base a esos convenios. Entonces, voy a agregar otra pregunta a las dudas que nos han planteado. Por ejemplo, en el caso de "1727", que es una unidad coronaria del Centro de Asistencia del CASMU, les darían a ustedes una capitación solamente por el costo de la emergencia. Entonces, ¿cómo quedaría la institución funcionalmente? Hay que tener en cuenta que el CASMU deberá seguir brindando las prestaciones de consulta a domicilio. ¿Cómo se financiaría en ese caso todo lo que no son emergencias? De repente no se analizó esta situación.

SEÑORA GONZALEZ.- El CASMU tenía un sistema clásico de atención de ese tipo de llamados que funcionó durante mucho tiempo, pero que tuvo grandes problemas -por algo después se creó la "1727"- que también padecieron otros sistemas mutuales en los que hemos trabajado como, por ejemplo, la llegada a los llamados con cinco horas de atraso. Por alguna razón la respuesta de la gente a este tipo de sistema logró el número de afiliados que tenemos. Tal como decía el contador Sade, que un hijo tenga 39 grados de temperatura para cualquier persona es una emergencia y quiere que el médico vaya a verlo; nosotros, que estamos en la Dirección Técnica, sabemos que si demoramos de veinte a veinticinco minutos en un llamado de ésos -que no es una emergencia, concebida desde el punto de vista médico- recibimos la queja del usuario, porque su hijo tenía tos y vomitaba, por mencionar un ejemplo. Entonces, se deberá absorber ese tipo de asistencia, porque la gente tiene esta percepción. El CASMU tenía un sistema…

SEÑOR CID.- Perdón, pero creo que no se entendió bien lo que quise preguntar.

Lo que decía el contador Sade es que Salud Pública ofrece pagar únicamente la cobertura de la emergencia. Está bien; después entraremos a analizar lo que el mercado perciba como cobertura amplificada o no y si eso lleva a desafiliaciones o no. Pero, ¿cómo se va a financiar la cobertura, en el caso concreto de la "1727", que no sean las emergencias? Me gustaría saber si se habló de este tema.

SEÑORA GONZALEZ.- No lo sabemos.

SEÑOR CID.- Debo decir que en cuanto a todos los demás aspectos estoy en condiciones de contestar al contador Sade. Las instituciones de asistencia médica no están preparadas para dar las otras coberturas asistenciales; es decir, las unidades coronarias surgen porque el mercado les ha ido generando un espacio de trabajo que las instituciones médicas -incluso ASSE- no han podido cubrir.

SEÑOR VIDAL.- Para responder un poco a lo que refería el señor Senador Cid, quiero agregar que lo que nos ha dicho el Ministerio de Salud Pública es que la gente va a poder seguir afiliándose o pagando las otras prestaciones que no sean la emergencia. Ya decía el contador Sade que habrá un período de transición -y nosotros lo habíamos analizado- en el cual, de acuerdo con aquello a lo que se tiene derecho, puede haber un valle de equis tiempo en el cual la gente puede percibir la expectativa de lo que es y lo que no es. De esta manera no se pone en riesgo la viabilidad de la empresa en un período determinado.

SEÑOR VAZQUEZ.- Quisiera hacer una precisión, porque en diciembre de 2005 contratamos a la empresa Equipos Mori para que hiciera un estudio a fin de conocer cuál sería la conducta eventual de las personas frente a una situación de este tipo. Es evidente que en aquel entonces el conocimiento, por parte de la población, de la evolución del Sistema Nacional Integrado de Salud no era la que es al día de hoy.

De todas maneras, creo que es el único dato del que nos podemos anclar. Preguntados específicamente: ¿qué haría usted si su servicio integral de salud le brindara la emergencia?, solamente el 35% de las personas manifestaron seguridad acerca de permanecer afiliadas a las emergencias. Claro está que no se definió de manera taxativa cuál era la emergencia, pero esta situación de incertidumbre es real.

Por otro lado, quiero destacar que no es por casualidad que este millón de personas permanece en nuestro sistema y paga día a día su cuota. Recientemente el Sindicato Médico del Uruguay encargó una encuesta, también a Equipos Mori, cuya segunda parte dio a conocer la satisfacción que hay en el público en general, en nuestro país, sobre asistencia médica, que fue del 45%. La misma empresa hizo una encuesta en nuestros servicios asistenciales que alcanzó el 90%. Esto quiere decir que hay un 90% de satisfacción, frente al 45% general de la atención médica; o sea que la población percibe que nuestra asistencia es de altísima calidad. Creo que esto es muy importante, porque cualquier sistema de salud debe construir desde lo mejor y buscar la excelencia. Justamente, creemos ser un indicador de excelencia y un marcador de calidad en el sistema asistencial, en lo que tiene que ver con lo prehospitalario o extrahospitalario, para definirlo de manera más concreta.

SEÑOR RUBI.- Voy a formular una pregunta más -dentro de la cantidad que nos estamos haciendo- que, desde el punto de vista práctico, tiene un peso social y económico importante.

El trabajo que estamos realizando ahora -como bien han definido los compañeros- no es solamente de urgencias y emergencias, sino que también tenemos asistencia extrahospitalaria. En este momento las urgencias y emergencias rondan el 3% del total de asistencias que efectuamos, pero podemos llegar a un 5% real dentro de los servicios que prestamos. ¿Alguien evaluó la carga que va a significar para la puerta de emergencia de los hospitales y sanatorios el día que nosotros atendamos sólo urgencias y emergencias? En el interior tenemos 3.000 asistencias mensuales; quiere decir que, manteniéndonos dentro del rango, vamos a hacer 150 asistencias en todo el mes. Entonces, esas otras 2.850 asistencias van a ir al hospital. No olvidemos que una buena cantidad de nuestros socios no pueden acceder a pagar una mutualista y, por lo menos, pagan una emergencia móvil que, además de los casos de emergencia, les brinda esa otra asistencia que mencionamos. Esto que estamos planteando nunca lo escuchamos ni tampoco nadie nos dijo que se consideró qué va a ocurrir en los hospitales. Ya estoy imaginando la puerta de emergencia del Hospital de Maldonado con 85 ó 90 personas más por día yendo a consultar por un dolor en la espalda, en el hombro o una gripe.

SEÑOR VAZQUEZ.- Al día de hoy son por todos conocidas -más por quienes estamos vinculados directamente con la salud- las dificultades que se están generando para la asistencia en algunas puertas de hospitales y de mutualistas debido a la cola de espera que se forma en esos servicios. Recientemente, nuestras direcciones técnicas se reunieron para plantear la preocupación por el hecho de que en algunos hospitales las ambulancias han tenido que esperar nueve horas y media para poder ingresar un paciente, cuando la espera promedio está entre dos y cuatro horas. Creo que éste es un dato muy significativo, máxime cuando nosotros somos el filtro y solamente estamos ingresando el 9% de los pacientes adultos y el 6% en pediatría. ¿Qué ocurriría con los pacientes que van a esas puertas si este servicio de "triage" que hacemos no se cumpliera?

SEÑOR SADE.- Quiero abordar otro aspecto que, aunque sea colateral, me parece que es bueno mencionar. Me refiero al hecho de que en Montevideo, la Cámara de Emergencias tiene un acuerdo con el Ministerio del Interior desde hace aproximadamente tres años, a través del cual se creó una instancia bipartita de colaboración con el Servicio 911. La Cámara apoya al Ministerio del Interior en forma gratuita en todo evento en que ocurra una situación compleja o un hecho de sangre, asistiendo tanto a los policías como a las personas que hayan sido afectadas. Lo cierto es que hemos hecho un trabajo realmente bueno. Hace poco tiempo tuvimos una reunión de evaluación con las autoridades anteriores de este Ministerio -entre ellas, el Subsecretario- y varios Oficiales, en la cual se manifestó un excelente reconocimiento a nuestro apoyo. Frente a esto, planteamos el impacto que pueda producir -que para nosotros es como el efecto dominó- en nuestras instituciones el acuerdo que tenemos con el Ministerio del Interior, ya que no solamente hemos dado un apoyo tecnológico para que ellos mejoren y den una mayor eficiencia a su cabina de llamado del Servicio 911, sino que también hemos dado cursos de complementación de manejo defensivo a los policías que manejan, para poder sortear mejor las dificultades que surgen de los choques de patrulleros. En fin; hemos realizado una serie de acuerdos de complementación para brindar apoyo. Se plantea un signo de interrogación acerca de cómo quedará -y si eventualmente será golpeado- el acuerdo con el Ministerio del Interior.

Otro aspecto que quiero señalar es el siguiente. A principios de marzo del 2005 mantuvimos una reunión con el Ministerio de Salud Pública, más concretamente con la Secretaría General, a la que hicimos una propuesta para resolver rápidamente el tema de la emergencia propiamente dicha, por lo menos para la población de Montevideo y luego, a partir de ese modelo, extenderla al resto del país. ¿Desde qué punto de vista hicimos este planteo? Las emergencias móviles tienen un desarrollo tecnológico y una infraestructura determinados; entonces, el planteo se realizó en términos económicos. La idea era ir a una complementación público-privada. El Servicio 105 tiene algunas dificultades y recordemos que en aquel momento estaba presente el tema de que la madre de Maykol Cardozo había llamado cinco veces y nunca fueron. Como se sabe, eso sucede en forma habitual, por lo que la propuesta era ir a una complementación público-privada para rápidamente brindar el servicio de emergencia pura a toda la población de Montevideo -a este respecto, existe un ejemplo de complementación con el Ministerio del Interior- y trabajar con costos marginales. ¿Qué quiere decir esto? Nosotros ya tenemos montada una estructura y se trata de que el Estado realice un aporte marginal para cubrir lo que hoy no cumple bien el Servicio 105. Esto se haría sin afectar al personal que hoy trabaja en ese sector de Salud Pública, por medio de su absorción, entrenamiento o, si así lo decide el Ministerio de Salud Pública, distribuyéndolo en otras funciones.

Si ese tema se hubiera analizado en su momento, probablemente en el año 2005 todos los uruguayos habitantes de Montevideo podrían haber tenido acceso directo a la emergencia en el sentido estricto puro. Con ese ejemplo, y probablemente en colaboración con las Intendencias y los servicios departamentales de Salud Pública, quizás el modelo se podría haber proyectado hacia el interior de la República. Inclusive, podría haber existido un acuerdo en el que participaran el Ministerio del Interior,

el Ministerio de Salud Pública e, inclusive, la Dirección Nacional de Bomberos, conformando un esquema al estilo de otros países para resolver los temas de la emergencia. Quiero insistir que ese planteo realizado los primeros días de marzo del 2005 fue desestimado.

SEÑOR VAILLANT.- ¿Qué se quiere decir con "desestimado"?

SEÑOR SADE.- Que no fue contestado. Nosotros no hemos recibido una respuesta a ese planteo, que implicaba formar una comisión bipartita, analizar los números y ver cuál era el costo marginal, como para poder rápidamente brindar el servicio a toda la población de Montevideo en forma sencilla y con un costo económico marginal.

SEÑOR VAILLANT.- Creo que los planteos realizados por nuestros invitados han sido muy valiosos y la Comisión los va a tomar en cuenta. El diálogo y las ideas en torno al Sistema Nacional Integrado de Salud no se agotan simplemente en el tiempo en que elabora el proyecto de ley el Poder Ejecutivo, sino que se extiende fundamentalmente en el debate parlamentario en ambas Cámaras. Por lo tanto, siéntanse escuchados y comprendidos.

La Comisión de Salud integrada con Hacienda ha recibido a varias delegaciones y en todos los casos hemos escuchado diferencias, cuestionamientos, dudas, solicitud de correcciones e incorporación de ideas. Hoy que eventualmente se agotan los tiempos de recibir a las distintas instituciones, voy a pedir a Secretaría que realice un trabajo artículo por artículo, en donde de alguna manera se planteen las propuestas, las dudas, los cuestionamientos, los rechazos o los comentarios que nos han hecho las distintas visitas.

En el caso de ustedes, sabemos que no han hecho un análisis del articulado, porque les compete una parte muy reducida de lo que es el proyecto de ley, no están comprendidos, pero si lo estuvieren, naturalmente sus opiniones versarían sobre los artículos que los incluyera y no sobre toda la iniciativa. Entonces, resulta lógico que hayan actuado de esa manera.

Por mi parte, les pediría que acercaran un trabajo a la Secretaría -para ser tenido en cuenta fundamentalmente en nuestra memoria a la hora de discutir el tema- que comprendiera sus propuestas traducidas, por ejemplo, en artículos. Hay algunas propuestas que nos quedan en la mente y, si no me equivoco, ustedes aspiran a que el sistema sea contemplado como un subsistema donde los usuarios libremente pudieran optar no sólo por la institución de asistencia, sino también por la de emergencia y que, por lo tanto, no sólo hubiera una cápita para aquella, sino que también se fijara una para las emergencias. Creo que eso es lo básico que he captado de vuestra propuesta. Tal como se me acota, ustedes también solicitan la independencia económica.

Hay una serie de comentarios que se han hecho y que me parecen importantes, por lo que sugeriría que los pasaran en blanco, para que aquellos conceptos que eventualmente pudieran transformarse en artículos sean contemplados en la iniciativa, como lo que mencionaban anteriormente. Asimismo, podrían hacer referencia a otros aspectos como la posibilidad de acuerdo con el servicio de ambulancias. Más allá de que esto pueda no tener tanto que ver con lo que hace a su inclusión en el proyecto de ley, nos serviría tenerlo en la memoria, porque mantenemos diálogo con ustedes y, luego, con el Ministerio de Salud Pública, con quien nos pondremos de acuerdo para aprobar la iniciativa.

Por lo expuesto, creo que sería importante que lo antes posible nos acercaran lo que les estoy solicitando.

SEÑOR SANCHEZ.- En primer lugar, les agradecemos por habernos escuchado. En segundo término, apuntaremos a lo que el señor Senador nos plantea, es decir, al establecimiento por lo menos de conceptos, aunque no sé si de artículos porque, la verdad sea dicha, al no estar contemplados en la iniciativa se nos ha hecho muy difícil pensar en lo que podría ser nuestra inclusión; más bien, nos hemos sentido excluidos. Por otro lado, como tampoco nos han dado valores ni números, ni siquiera hemos podido hacer los cálculos.

Creo que, a esta altura, el Ministerio de Salud Pública -que, por versiones de prensa, maneja la cápita subdividida por género y edad, planteando que para los funcionarios públicos estará en el entorno de los $ 400 y de más de $ 2000 para los mayores de determinada edad- debe tener el dato del monto que piensa pagar al prestador integral para cubrir el servicio de emergencia pura. Si

tuviéramos al menos ese dato, desde nuestra óptica económico-contable podríamos analizar si para nosotros es viable prestar ese servicio.

Tomamos lo que nos dice el señor Senador Vaillant, pero tenemos una falta de información tan grande en el plano económico y conceptual que se nos hace dificilísimo escribir algo. Redactamos esto que más bien representa reflexiones y preguntas que ahora trasladamos a ustedes en busca de respuestas, pero realmente se nos hace muy complejo, con la escasísima información de la que disponemos y con el también escaso rol que se nos asigna en este Sistema Nacional Integrado de Salud, ponernos a escribir o a implementar algo.

SEÑOR VIDAL.- Agradezco los conceptos vertidos y, con las limitaciones que puntualizó el contador Sade, nos comprometemos a hacerles llegar a través de la Secretaría -no digo en forma articulada pero, por lo menos, con cierta jerarquización- un informe acerca de los temas aquí planteados.

SEÑOR VAILLANT.- Justamente, por la falta de información que ustedes han manifestado que existe de parte del Ministerio, creo que sería bueno que tomaran la iniciativa -de alguna manera, se los estoy pidiendo- y nos aportaran vuestro enfoque, por ejemplo, sobre cuál sería el valor de una cápita para poder brindar, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el servicio que ustedes ofrecen hoy a toda la población que va a estar amparada.

Supongo que estamos hablando de valores totalmente distintos a los que pueden considerarse hoy -teniendo en cuenta que es un servicio público- con la incorporación, digamos, obligatoria al Sistema en cuanto a que el ciudadano puede tener la opción -haciendo los aportes correspondientes- de elegir las instituciones. Si consideramos un subsistema al de emergencias, eso naturalmente traería como consecuencia un incremento importantísimo de usuarios al sistema de emergencia móvil por la vía del seguro. Esto, lógicamente, también estaría incidiendo en los costos y, a su vez -como consecuencia- en las cápitas.

Entonces, como ya conocemos la postura del Poder Ejecutivo y del Parlamento en lo que tiene que ver con la fijación de cápitas distintas en función de las edades y del sexo, quisiéramos tener la posibilidad de adelantar un trabajo sobre el supuesto de que fueran incorporadas al Sistema, es decir, acerca de cuál sería el valor de una cápita de emergencia móvil con este mismo criterio. Digo esto, porque la discusión, el análisis de este tema con el Ministerio de Salud Pública, resultaría fundamental si contamos con esta información y también para poderlo debatir nosotros mismos. Si la incorporación del Sistema implica un eventual aumento significativo de sus costos, automáticamente eso supondría un incremento de los aportes con los que pretende financiarse el seguro.

Entonces, el dato que les estoy pidiendo no es menor.

SEÑOR SADE.- Tengo una pregunta para hacer.

De acuerdo a lo que hemos leído, DISSE se transformaría en el FONASA en cuanto a cómo va a volcar el dinero de los prestadores integrales y va a abarcar, en esta etapa, a los que hoy están en DISSE y a los que se suman los funcionarios públicos y también los hijos menores de 18 años de éstos y de los empleados privados. Entonces, ahí tenemos un universo de personas al cual se le va a brindar, según lo que establece este Sistema, entre otras prestaciones, lo que nosotros llamamos emergencia pura.

Ahora bien, mi pregunta es la siguiente. Supongo que el Ministerio de Salud Pública definirá una canasta obligatoria de prestaciones que tiene que brindar el prestador integral.

Entonces, quisiera saber si esa canasta obligatoria, donde está incluida la emergencia, está destinada únicamente a los trabajadores DISSE -privados y públicos y sus hijos menores de 18 años- o es que va a existir para toda la población la obligación del prestador integral de brindar el servicio de emergencia pura. Digo esto, porque los números son muy diferentes.

Vuelvo a decir: la ley, llamémosle, “chica” establece que se integran los funcionarios públicos, mientras que la otra, la ley “grande” dice que va a atender a los hijos menores de 18 años. Este es un universo y puede determinar que nosotros podamos hacer números para todo ese conjunto de la población que recibirá la emergencia pura. Ahora bien, al prestador integral se le va a establecer una

obligación a la hora de tener que brindar una canasta de prestaciones a la población. Entonces, el prestador integral y ASSE -y, una vez que ella se descentralice, a los hospitales públicos- ¿van a tener la obligación de brindar el servicio de emergencia pura a los 3:400.000 habitantes o no? Digo esto porque, una cosa es que nosotros nos veamos ante la situación de tener que brindar este servicio de emergencia a 3:400.000 habitantes -porque los prestadores integrales, sean públicos o privados, están obligados a hacerlo con toda la población- y, otra muy distinta, que esa obligación únicamente sea para los trabajadores de DISSE, más los públicos y los hijos menores de 18 años. Se trata de dos poblaciones diferentes. Realmente, no tengo respuesta para esta interrogante a efectos de poder hacer los números.

SEÑOR COURIEL.- Es correcto lo que se está planteando y no hay respuesta.

SEÑOR SADE.- Realizo nuevamente este planteamiento, porque la pregunta que se nos formula responde al terreno económico y tanto a quien habla como a los colegas de las distintas instituciones que están en esta materia, se nos hace difícil aclarar este aspecto, salvo que elaboremos muchísima cantidad de hipótesis.

SEÑOR VAILLANT.- Es correcta la incertidumbre que se nos plantea.

El proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud tiene distintas etapas. Hace instantes se hizo referencia a la etapa que se está implementando, la siguiente de lo que se dio en llamar la ley “grande” que, en términos reales no es tal, porque luego habrá otra más grande. No obstante ello, quiero decir que la creación del sistema, en sus sucesivas etapas, terminará cubriendo el 100% de la población. Decimos esto, porque la última etapa de este proceso incorporará a todos aquellos que no fueron contemplados en las anteriores. Entonces, es por todo esto que no tenemos una respuesta formal a esta pregunta. Sin embargo, no se nos presentan dudas al afirmar que cuando termine el proceso de creación y el sistema abarque a la totalidad de la población, de lo que estamos hablando es que comprenderá a la totalidad de los habitantes. Lo que podrá estar en discusión será cómo participarán los habitantes que no fueron incluidos hoy en el financiamiento del Fondo. De todas maneras, el sistema tiene un contenido universal para toda la población.

Ahora bien, cuando hablé de los costos y de la cápita, no lo hice referido exclusivamente al servicio de emergencia pura, sino al servicio que actualmente se brinda.

Era eso lo que yo les estaba pidiendo. Por supuesto que nos sería muy importante que nos proporcionaran toda esta información, pero nos gustaría saber de cuántas cápitas estamos hablando cuando eventualmente hablemos de la posibilidad de que dentro del sistema exista el subsistema de emergencias no puras, sino las emergencias que la gente siente como tales.

SEÑOR VAZQUEZ.- Simplemente quiero decir al señor Senador Vaillant que me quedó muy claro el alcance de su solicitud.

SEÑOR ALFIE.- En virtud de que tenía un compromiso asumido, pido disculpas a la delegación que nos visita por haber llegado tarde.

Quiero decir que tal vez ya hicieron referencia al tema sobre el que voy a consultar. Si es así, pido que me lo hagan saber y no respondan a mi inquietud, porque de ello quedó constancia en la versión taquigráfica.

La emergencia brinda, en muchísimos casos, un servicio de emergencia pura y de atención de urgencia ambulatoria-domiciliaria. Salvo la emergencia pura -que, básicamente, en la primera etapa, sustituyó al sistema de las IAMC, que luego siguió siendo la parte dura de cualquier enfermedad- el resto ha sustituido grandemente al sistema mutual, básicamente, por una relación costo-beneficio y por el no cobro de un copago básico al momento del llamado. Mi interrogante, precisamente, apunta a ese aspecto. Cuando uno lee el proyecto de ley, advierte que el servicio de emergencia como tal queda dentro del Sistema Nacional y debe ser obligatoriamente brindado por la institución mutual. Ante ello, acabamos de escuchar a los representantes de la Unión de la Mutualidad, que han manifestado que las cápitas de las que se habla responderían más o menos a la estructura de costos de alguna mutualista. De ser así, obviamente, dicha estructura no tiene incorporado un pedazo enorme que le está limpiando toda su entrada de emergencia y de urgencia en forma clara. Entonces, quisiera saber

si nuestros invitados pueden informarnos sobre cómo se establecería esto en el Sistema, puesto que no queda claro en el proyecto de ley.

SEÑOR DIAZ.- Lamentablemente no lo sabemos.

SEÑOR ALFIE.- Queda claro que esto tiene un costo importante y, además, la diferencia para el usuario es enorme, porque no solamente estamos hablando de la demora que tienen las mutualistas, sino del costo del copago.

SEÑOR DIAZ.- Quiero aclarar al señor Senador que nosotros brindamos asistencia extrahospitalaria y, por lo tanto, no tenemos el copago.

SEÑOR COURIEL.- Básicamente, coincido con la presentación que hizo el señor Senador Vaillant, en el sentido de que comprendemos las incertidumbres que han planteado. Además, queremos decirles que no tenemos dudas de que las mismas deben ser resueltas antes del 1º de enero del año 2008. Por otro lado, está claro que nosotros también tenemos las mismas incertidumbres que ustedes han planteado.

A vía de ejemplo y como un aporte a la información, queremos decir que en este momento nuestro país tiene un 35% de población económicamente activa, que se ofrece en el mercado de trabajo, que son trabajadores informales y, por lo tanto, no cotizan para la seguridad social.

Por lo tanto, no sabemos cuándo se van a incorporar al Sistema Nacional Integrado de Salud. Pero, además, quienes reciben renta de capital, utilidades, beneficios, intereses y alquileres, tampoco están contemplados. Entonces, desde ese punto de vista, uno empieza a sentir que es muy difícil que no se puedan seguir manteniendo las tareas de emergencia que ustedes realizan. De todas formas, me parece que es muy importante que, con los elementos que nos han dejado, nosotros contribuyamos a la creación de un diálogo con el Ministerio de Salud Pública, a los efectos de ver de qué manera resolvemos cada una de las interrogantes que se han planteado.

SEÑOR DIAZ.- Por último, queremos agradecer la oportunidad que nos han dado en el día de hoy y acotar que todos estos problemas e interrogantes que tenemos son más importantes cuando pensamos en el interior del país, donde generalmente hay una o dos empresas de emergencia móvil. En esas situaciones, la economía de escala que, en el caso de Montevideo, nos permitiría ajustarnos a este nuevo sistema, determinaría que en el interior estas empresas dejaran de existir. Me interesa que este aspecto quede claro para que exista conciencia de lo que sucedería en el interior del país y para que este sector esté representado, dado que estamos hablando de un porcentaje muy elevado de uruguayos. Dados los volúmenes de cápitas, las economías de escala no nos permitirían asistir a dichas empresas de emergencia, porque sería algo inviable.

Muchas gracias por el tiempo que se nos ha brindado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la delegación que nos visita en el día de hoy y les decimos que ante cualquier eventualidad nos mantendremos en contacto.

(Se retiran de sala los representantes de la Cámara Nacional de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria)

(Ingresan a Sala los representantes del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva)

La Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda tiene el gusto de recibir al Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva -IAMC- representado por el contador José Luis Zales, asesor, doctor Antonio Kamaid, asesor, doctor Antonio Durán, Presidente, doctor Julio Spiess, Vicepresidente, doctor Daniel Sica, Tesorero y doctor Andrés Villaverde, Secretario. Les cedemos el uso de la palabra para que hagan las consideraciones que deseen sobre el proyecto de ley relativo al Sistema Nacional Integrado de Salud, que está siendo tratado por esta Comisión del Senado.

SEÑOR DURAN.- Queremos agradecer a esta Comisión que nos haya invitado por segunda vez en pocos meses y que tenga en cuenta nuestra opinión con respecto al proyecto de ley que está siendo considerado. En el mes de diciembre concurrimos aquí para tratar la ley "chica" y ahora venimos a exponer nuestro punto de vista sobre la ley "grande".

Como dijimos en la anterior oportunidad, nosotros coincidíamos con la crisis estructural de que hablaba el Gobierno y con las necesidades fundamentales, que son la asistencia primaria, la gestión y el financiamiento. Por lo tanto, desde el punto de vista de diagnóstico y filosófico, estamos de acuerdo con todo esto. Creemos en la crisis estructural. Venimos a contribuir y no a poner piedras en el camino, como se ha dicho. Cuando uno está en contra se le dice que es enemigo o corporativista, dando a este término una definición que a esta altura no entiendo qué significa. Nosotros decimos que en el Plenario de Instituciones todos somos asalariados y nadie lleva un plus. El señor Senador Vaillant, por ejemplo, sabe perfectamente cómo funciona esto.

Incluso no cobramos ningún sueldo por integrar el Plenario de Instituciones, pero no quepan dudas a nadie que estamos comprometidos con la salud de los uruguayos y que vamos a pelear en todos los terrenos legales que tengamos a nuestra disposición. Por ese motivo estamos en este ámbito y vamos a exponer nuestro profundo punto de vista en ese sentido.

Tratamos de pensar antes de que sucedan las cosas. Últimamente, a todo el mundo le gusta decir "muchas veces ni siquiera leen los proyectos de otros países". Sin embargo, decimos que los costos por una mala implementación de la salud son mucho más elevados que la implementación misma. Por ello, consideramos que no es malo hacer una pausa en determinado momento, sino que supone un ahorro para el país y una mejora para la salud de los uruguayos. Antes de referirme al proyecto de ley "grande", quiero hacer otras referencias.

He leído las versiones taquigráficas de las sesiones -en su momento dijimos cuáles eran- a las que concurrieron el señor Ministro de Economía y Finanzas y la señora Ministra de Salud Pública. En ese sentido, estoy de acuerdo con algún señor Senador de la República en el planteo respecto a la influencia de las cápitas sobre las instituciones. El economista Olesker explicó muy bien cuál era la implementación, pero quiero hacer algunos agregados.

En primer lugar, deseo aclarar que las cápitas se calcularon sobre las once mejores instituciones gestionadas. Por lo tanto, esos datos que se extraen son los más importantes para disminuir el monto de las cápitas. Sin embargo, ese monto -según datos que se obtienen de nuestras instituciones- no coincide con el que calculamos nosotros. Por ahora no pudimos llegar a los datos por los cuales el Ministerio de Salud Pública obtuvo esas cápitas.

En segundo término, debo señalar lo siguiente, porque se nos acusa de quedarnos con la plata del exceso que, desde 2002 al presente, genera el pago por DISSE. Como muy bien señaló el doctor Villaverde en el seno correspondiente de la Cámara de Representantes, el 7% de nuestros ingresos son por copagos, así como también lo son en el caso del 17% de las instituciones grandes. Nosotros quitamos los tiques de prestaciones y se las dimos gratis, siendo solidarios con el sistema; trabajamos con una clase determinada de población y seguimos en ese trayecto sin ningún tipo de dudas. El señor Senador Alfie recordará que, por una variable, en 2003 se tuvo que modificar la paramétrica y el 1º de enero de ese año no se aplicó el aumento de los socios por DISSE. Eso influye muchísimo en las cápitas de las instituciones, porque el 60% o 70% de sus socios son por DISSE y entonces tampoco hubo aumento en esos casos y fue necesario solucionarlo con lo demás, motivo por el cual ingresamos en un déficit financiero.

Por otro lado, se dice que se incrementó un déficit sobre aumento. Es verdad que crecieron los socios, pero todavía faltan treinta mil más, aunque con una cuota menor. Téngase presente que ingresaron los maestros, entre otros funcionarios y que la cuota que están pagando es menor a la que se abonaba anteriormente. Además, de los 26.000 que ingresen, el 40% ya tiene mutualista; por ende, nos van a rebajar y no sabemos qué ocurre en el caso de los 16.000 restantes.

Queríamos hacer estas precisiones, porque lo anterior quedaba un poco relegado y ahora sí ingresaríamos al proyecto de ley "grande", con el que tenemos coincidencias en algunos puntos, pero como disponemos de poco tiempo vamos a señalar las diferencias sustanciales que tenemos al respecto. Algunas objeciones son jurídicas -por tanto, las explicará el doctor Kamaid- pero también las hay filosóficas y políticas. En el proyecto de ley "grande" quedan a posteriori muchos artículos -no sé si

más o menos que en el proyecto de ley de Rendición de Cuentas- en la reglamentación, en donde se nos va la vida, porque no sabemos cuáles son.

Se otorga a la Junta Nacional funciones de contralor propias del Ministerio de Salud Pública. Hay una diferencia de errores. La Junta Nacional cede todo el manejo del financiamiento al Banco de Previsión Social, con lo cual gran parte del peso de las designaciones pasa a este último. Se restringe al máximo la capacidad de ejecución de las instituciones, que deben consultar tanto a la Junta Nacional como al Ministerio de Salud Pública, a una o a ambos. Asimismo, hay decisiones que no podemos tomar en determinado momento y que por su naturaleza requieren urgencia, las que a nuestro juicio deberían agilitarse; pensamos que las resoluciones deberían tomarse a posteriori y que la Junta determine, pero no que tengamos que pasar por esa burocracia.

Quiero hacer dos o tres puntualizaciones más.

En definitiva, creemos que hay una injerencia excesiva en la gestión, ya que se nos asigna la responsabilidad, sin darnos participación en ella. Creemos que el artículo 16 traduce en forma muy clara la burocratización del sistema; todo lo que queremos eliminar actualmente está representado en esa disposición que es el gran ejemplo de la burocracia de este sistema. Esto, sin ninguna duda, va a llevar a la paralización de los servicios.

A su vez, estamos ante un intervencionismo extremo de la Junta Nacional de Salud, con superpoderes del Presidente y sin que se defina lo que es urgente. Recordemos que el Banco de Previsión Social va a tener una triple función: como caja, como integrante de la Junta Nacional de Salud y también como prestador. Siguiendo el trípode que mencionaba anteriormente en cuanto a la gestión, creo que si queremos cambiar el primer nivel de atención, no necesitamos una nueva ley, ya que actualmente se dispone de todas las facultades para hacerlo.

Dentro de la gestión también quiero mencionar los siguientes aspectos. Por un lado, el Ministerio de Salud Pública nos prometió que iba a cambiar el término “reembolso” que aparece en varios artículos ya que -tanto con este Ministerio u otros que luego presidan la Junta- el término implica que el dinero se recibe el mes posterior al gasto, con lo que nos quedamos sin disponibilidad para gastar en ese período. Ese es un cambio importante para nosotros y queremos que se introduzca en el texto.

Por otra parte, la señora Ministra ha señalado en esta Comisión que el sistema mutual está desfinanciado y que se deben más de U$S 360:000.000. Sin embargo, lo que no dijo la Ministra fue que el 80% de ese monto lo deben solamente tres o cuatro instituciones que no son, precisamente, las nuestras.

A su vez, la cápita fue calculada sobre costos -no sabemos qué mecanismo se utilizó para determinarla- y no consta en el texto ningún elemento que indique que se va a comprar, por ejemplo, un estetoscopio nuevo o que tenemos que cambiar algo, porque nos deja sin dinero para hacerlo. Ese plus, entonces, va a ser difícil de obtener, ya que fue calculado sobre la base de nuestra propia gestión, que es la mejor de acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud Pública y no -reitero- con las nuestras.

También desaparece la inventiva de la propia gestión, se enlentece el crecimiento, se pasa a la falta de estímulo, etcétera, lo que creo que va a generar mayor crisis de lo previsto y un costo muy importante para el país.

En el Capítulo II hay contradicciones muy importantes relativas a la Ley Nº 16.060 que, como saben, refiere a instituciones con fines de lucro. En tal sentido, la ley expresa, en varios puntos, que integran el Sistema Nacional de Salud aquellas que no tienen fines de lucro, mientras que la Nº 16.060 trata de las Sociedades Anónimas -el señor Senador Couriel me podrá corregir si me equivoco- con fines de lucro. Estas instituciones con servicio parcial total, van a seguir lucrando hasta el 31 de diciembre, ya que no tienen ninguna regulación, ni por el Ministerio de Salud Pública, ni por el de Economía y Finanzas y sus cuotas y las correspondientes prestaciones, las fijan ellos arbitrariamente. Pero luego, cuando se aplique la ley que estamos considerando, se les va a bajar el precio de la cápita que se les va a pagar y van a seguir cobrando, por lo que harán un negocio aún mayor. Estas instituciones tendrían que cambiar su estatuto, previo a entrar o no al Sistema, ya que de lo contrario tendrían una ventaja desleal con el mismo y con ASSE, que es lo que queremos fortalecer.

La competencia entre los prestadores es inexistente, porque en ninguna parte del texto se habla del tema. Por otro lado, ¿por qué se ponen topes para las tasas moderadoras si lo que queremos es bajarlas?, ¿por qué no poner un tope máximo para que después se pueda establecer uno menor? Aquí el financiamiento es la vedette de cualquier cambio de sistema de salud; todo lo demás no importa si el financiamiento es malo. Aquí se han discutido -estuve leyendo la versión taquigráfica- algunos números -nosotros no tuvimos acceso a ellos y tampoco sabemos de economía- y tenemos muchísimas dudas con respecto al financiamiento y a si esto es o no viable. De todos modos, con las propuestas que se están planteando nos queda claro que lo que se busca es el fortalecimiento de ASSE. Adelantamos que estamos de acuerdo con ese objetivo, pero no con que el mismo se logre a costa del sistema privado. El descenso y el excedente que se van a producir por las iniciativas de estas propuestas, sin ninguna duda van a determinar que ocurran transferencias del sector público. Entonces, nos van a quitar asistencia y vamos a disminuir, sin duda, la asistencia y la calidad asistencial de los uruguayos.

Eso no lo quiere este Gobierno ni ningún otro, pero va a suceder porque no tenemos otra opción, independientemente de cómo se va a elegir el representante de las instituciones. El Ministerio de Salud Pública reconoció en los Consejos Consultivos que, sin ningún tipo de dudas, hay tres realidades distintas -nosotros decimos que hay cuatro- y tan así es, que esta Cartera reconoce a tres delegados, uno por la FEMI, otro por la UMU y el nuestro, porque las realidades son diferentes. ¿Cómo se va a elegir aquí? Obviamente, no lo haremos nosotros -que fuimos los únicos que planteamos nuestra verdad y se nos ha tildado de traidores- pero es evidente que de alguna manera y previo a todo esto habrá que solucionar cómo se va a elegir, a quién se va a favorecer y si se verá reflejada toda esta situación.

No quiero extenderme mucho más por lo que, si el señor Presidente lo permite, sugeriría se ceda el uso de la palabra al doctor Kamaid a fin de explicar la parte jurídica que es lo más importante de todo esto.

Muchas gracias.

SEÑOR KAMAID.- Los señores Senadores cuentan con un material que hemos traído donde intentamos analizar puntualmente los artículos sobre los que tenemos alguna observación o reparo e incluimos, en todos los casos, algún texto alternativo que esperamos sea de utilidad para su consideración.

El plenario de instituciones ha manifestado, en reiteradas oportunidades, que está de acuerdo y visualiza como necesaria una reforma del sistema de salud vigente. Esta reforma debe partir de la base de un conocimiento exacto de la realidad, con los diversos matices que presenta, porque no es posible pensar en un sistema nuevo, afianzado en erradicar totalmente lo que hoy existe. Como saben bien, el Sistema Nacional de Salud que tenemos hoy se articula, básicamente, en torno a prestadores públicos y privados que el proyecto de ley que estamos analizando pretende coordinar en prestaciones que serían articuladas con la supervisión de un organismo a crearse, que sería la Junta Nacional de Salud.

Reiteramos nuestra concordancia con la idea que subyace detrás del proyecto de ley, pero tenemos algunas objeciones de principio, de carácter legal y otras de conveniencia o mérito, que están más ampliamente desarrolladas en el documento que se tiene a la vista, pero que refieren, sobre todo, a la erradicación -que consideramos prácticamente total- de la autonomía de gestión de los prestadores privados. Esto no sólo es una cuestión de mérito sino, fundamentalmente -o aun antes que ello- algo que a nuestro juicio es de rango violatorio de normas de carácter constitucional, en la medida en que afecta la libertad de asociación, la libertad de empresa, la libertad de trabajo e implica privar, por vía administrativa, a quienes corren el riesgo -en la asistencia privada- de las eventuales decisiones que deberían tomar, para luego ser responsabilizados por las mismas. La ley en cuestión contiene múltiples referencias a esta conculcación de potestades de administración con un agregado, en el inciso final del artículo 13, que consideramos -con el debido respeto- poco menos que insólito. Digo esto porque, una vez conculcadas todas las posibilidades de gestión y administración, este artículo -al que me referiré más adelante- termina manifestando que se mantendrá la autonomía de las empresas privadas. Realmente, no logramos verlo en la realidad.

Como decía, esta es la principal preocupación que tenemos en tanto implica matices de carácter legal, constitucional, que consideramos afectados y la violación de derechos individuales

garantizados y reconocidos por la Constitución, que pueden ser limitados por razones de interés general, pero nunca conculcados.

Por otro lado, el sistema está articulado sobre la premisa de una competencia entre prestadores públicos y privados que supone determinadas pautas que la ley no fija. No hay ningún organismo -que la ley determine- que regule, fiscalice o garantice esa competencia sino que, muy por el contrario, el organismo que supervisará el Sistema, que es la Junta Nacional de Salud, por integración, por definición y por características que están previstas en el proyecto de ley, determina una total injerencia del Estado, lo cual no resulta del todo lógico o, por lo menos, no otorga las garantías a quienes compiten desde el punto de vista del sector privado.

SEÑOR ALFIE.- Me pregunto: ¿cómo se puede competir cuando uno no puede hacer nada? Si todo lo homologa la Junta, ya sea los precios como los contratos, etcétera, no se puede competir.

SEÑOR KAMAID.- Entendemos que el proyecto de ley, en algunos tópicos, resulta contradictorio con los principios que pretende impulsar. Ha sido declarado y reconocido -posición que compartimos- que uno de los pilares de cualquier sistema de salud debe ser la libertad de elección del usuario. Sin embargo, como veremos más adelante, el proyecto de ley no logra llevar este principio al extremo en que teóricamente lo plantea, dado que en uno de los artículos finales se prevé que quienes, por su nivel de ingresos, no tengan derecho a la cuota mutual paga por su propio aporte, tengan la cobertura de asistencia médica por un prestador que será elegido por la Junta Nacional de Salud. En otras palabras, podría decirse que quienes están en situación de extrema pobreza no tendrían derecho a elegir el prestador de salud en forma libre, porque el mismo les sería asignado por la Junta Nacional de Salud.

Estos son algunos comentarios de índole general, pero quisiera hacer una rápida revisión de aquellos artículos que consideramos más problemáticos.

Dentro del Capítulo I, el artículo 3º enumera los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con los cuales estamos básicamente de acuerdo, con la sola salvedad de que algunos de los literales incluidos en esta disposición, más que hacer referencia a principios, confunden principios con medios. Por ejemplo, me refiero a los literales g), h) e i). Esto lo menciono simplemente a título de destaque.

El artículo 9º del Capítulo II, que refiere a la integración del Sistema, enumera las entidades que, previa autorización de la Junta Nacional de Salud, podrán integrar el Sistema, lo que se está implementando. Aquí encontramos una contradicción entre lo expresado en la exposición de motivos que antecede a este proyecto de ley y lo que luego se consagra. En efecto, en la exposición de motivos se señala que quedarán excluidas del sistema que se va a implementar las empresas que tengan finalidad lucrativa. La referencia que realiza luego el artículo 9º a que estamos aludiendo nos remite al artículo 265 de la Ley Nº 17.930, que ya mencionaba los seguros parciales -mal llamados parciales, porque en realidad son de cobertura total- que, bajo la forma de la Ley Nº 16.060, desarrollan su actividad. Por imperio de la recientemente aprobada Ley de Reforma Tributaria, todas las sociedades comerciales pasan a tener finalidad lucrativa, lo que implica que empresas con finalidad lucrativa estarían realizando lo que justamente se quiere evitar, esto es, que la salud sea mercancía de cambio o que mediante la salud se obtengan fines de lucro. Señalo, casi al pasar, que muchas veces se ha confundido el lucro con la rentabilidad, aspectos sustancialmente diferentes. Compartimos el hecho de que quienes desarrollan su actividad en el área de la salud no tienen que perseguir una finalidad lucrativa, pero consideramos imprescindible y reivindicamos con énfasis la necesidad de que tengan rentabilidad.

Haciendo referencia a algunas de las consideraciones que aportara hoy el doctor Durán con respecto a las cápitas, éstas no están contempladas específicamente en este proyecto de ley, pero hacen mucho énfasis en la ley chica recientemente aprobada. A partir de la información suministrada por el Ministerio de Salud Pública -que es relativamente escasa- se ha hecho un cálculo de cápitas en función de costos y no de rentabilidad; por lo menos, no se nos ha informado cuál es el porcentaje de rentabilidad. Subrayo que sin rentabilidad es imposible pensar siquiera en un mantenimiento -no ya en una renovación- de las estructuras actualmente vigentes y, por supuesto, menos en la posibilidad de afrontar cualquier tipo de contingencia que pudiera generarse, siendo la salud un área en la cual existen estadísticas que permiten predecir determinados comportamientos, aunque nunca los resultados son totalmente acordes a los esperados. Es por eso que hemos planteado una redacción alternativa para el artículo 9º que pongo a consideración de los miembros de la Comisión.

Dentro de este mismo Capítulo, el artículo 11 consagra lo que conocemos como una de las premisas definidas por el programa del actual Gobierno Nacional, esto es, la participación en el Sistema de usuarios y trabajadores. Quiero aclarar que no discrepamos con esta participación y la vemos como saludable en el sentido de que contribuye a la transparencia, a la mejor gestión y a reflejar, en lo que termine siendo el sistema, las reales necesidades de quienes con él se relacionan y vinculan. Lo que no compartimos es la inclusión coactiva y forzada -a nuestro juicio violatoria de normas de carácter constitucional que garantizan el derecho a la libre asociación- de trabajadores o usuarios en el seno de entidades privadas; sí vemos en forma saludable que estén en la Junta Nacional de Salud, organismo de Superintendencia. Ahora bien, discrepamos con que exista un fundamento constitucional que habilite a imponer la presencia de órganos o personas determinadas en sociedades privadas, independientemente de cuál sea la finalidad que se persiga. Es por esa razón que discrepamos con el artículo 11 y abogamos por su eliminación total.

Por su parte, el artículo 13 establece los elementos que la Junta Nacional de Salud evaluará para autorizar el ingreso de prestadores integrales al Sistema Nacional de Salud. A nuestro juicio, la amplitud de competencias que se otorga a la Junta en esta materia es riesgosa e implica lo que anunciaba anteriormente: conculcar todas las posibilidades de gestión y de autonomía que las empresas privadas pudieran tener. Observen los señores Senadores que, de acuerdo al texto propuesto, prácticamente ningún aspecto de la organización de las actividades privadas quedaría fuera del análisis y supervisión de la Junta. Ello nos lleva a reiterar la siguiente pregunta: ¿Cuál es el fundamento de tener empresas privadas o de expresar que las mismas continuarán funcionando en forma autónoma cuando, en realidad, no vemos en qué consistirá dicha autonomía más allá de la asunción de los riesgos que deriven de su gestión. También allí hacemos un planteamiento referente a cómo proponemos nosotros que este artículo debería ser redactado.

El artículo 14 del proyecto de ley alude a la celebración de convenios de gestión entre la Junta Nacional de Salud y cada uno de los prestadores que integren el sistema. En puridad -y así lo establece la norma- el contenido de este convenio de gestión va a ser determinado por la reglamentación. A nuestro juicio, eso genera incertidumbres. Por la vía de la reglamentación se debería dar el real sentido a lo que, en definitiva, va a ser el sistema. Si la reglamentación fija el contenido de los convenios y del cumplimiento de los mismos depende la permanencia y el cobro o no de las cápitas que la Junta abone a los prestadores, es justamente el convenio el que va a regular el funcionamiento. Y si el contenido del convenio resulta de un reglamento, es la autoridad administrativa y no el Parlamento, la que en definitiva define cuál es el alcance del sistema nacional integrado. Consideramos que extraer del seno del Poder Legislativo y delegar en la autoridad administrativa este aspecto es altamente peligroso y, por lo tanto, planteamos una redacción alternativa también con respecto a este tema.

En la misma línea de intervención administrativa de la gestión privada, el artículo 16 establece que las entidades que integran el Sistema Nacional Integrado deberán recabar la autorización del Ministerio de Salud Pública, previa presentación de los fundamentos debidos y consulta a la Junta Nacional, para desarrollar las actividades que la norma determina. No escapa a nuestro criterio que actualmente existen normas que limitan en algunos aspectos las posibilidades de inversión de, por ejemplo, los agentes privados, es decir, de las organizaciones de asistencia médica colectiva. No es posible realizar determinado tipo de inversiones sin contar con un estudio previo, un análisis de factibilidad y una autorización del Ministerio de Salud Pública. Queremos aclarar que no estamos en contra de eso, pero sí creemos que la cantidad de tópicos que deberían requerir autorización del Ministerio de Salud Pública en el texto propuesto va a implicar una clarísima burocratización de la gestión y demoras de todo tipo. Por el tenor de la redacción empleada, hasta los aspectos más nimios de la gestión vinculado a lo asistencial -como podría ser el cambio de una policlínica o la fijación de un nuevo horario de trabajo- va a implicar todo un trámite administrativo con la consiguiente pérdida de tiempo y el deterioro de la calidad del sistema y de la asistencia que se pretenda dar. También en este caso, tenemos una propuesta alternativa que ponemos a consideración de los señores Senadores.

El artículo 19 refiere a la publicidad que pueden realizar las empresas y/o los profesionales que desarrollen tareas vinculadas a la salud. Hoy existe una norma reglamentaria que establece que el Ministerio de Salud Pública es quien debe autorizar previamente la publicidad. Discrepamos con ella, la consideramos ilegal y conculcatoria del derecho de la libertad de expresión. Consagrar un sistema de censura previa en un Estado democrático de derecho no parece lo más pertinente ni adecuado. Sí vemos bien que el Ministerio de Salud Pública y eventualmente la Junta, supervisen la publicidad que desarrollan las empresas de salud y adopten las medidas sancionatorias que consideren del caso o las promuevan ante el Area de Defensa del Consumidor correspondiente, en el marco de la Ley Nº 17.250,

cuando consideren que hay violaciones, precisamente, a los derechos del consumidor, pero no compartimos que ello se haga en forma previa. El control previo de los contenidos y de los medios a utilizar no parece compatible con los derechos garantizados por la Carta Magna.

En el Capítulo III se hace referencia a la Junta Nacional de Salud. Brevemente, vamos a referirnos al artículo 25º que establece, entre las competencias de la Junta, las reiteradas premisas de control absoluto de la actividad de los prestadores que corresponden a este organismo. Particularmente, el literal f) atribuye a la Junta el disponer el reembolso de cuotas de salud a los prestadores integrantes del Sistema, previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo. La amplitud es extrema y consideramos que debería limitarse al cumplimiento de las obligaciones que establece esta ley, porque el tipo de redacción empleada podría dar a entender que se trata de cualquier obligación de un prestador que podría ser incumplida -esto es, tanto con la Junta, como con sus usuarios o con algún tercero- lo cual es excesivo y podría traer como consecuencia el no pago de las cuotas salud que la propia norma prevé.

En el Capítulo IV se habla de las redes de atención de salud. En el artículo 35º se alude a la coordinación entre prestadores en el marco de las delimitaciones territoriales, en un concepto que no está definido por la ley y que queda librado a la reglamentación. Consideramos que debería haber mayor precisión en la definición de qué se entiende por delimitación territorial y de qué se pretende exactamente con ello, para dotar de mayor transparencia y fehaciencia a la norma.

A nuestro juicio, el artículo 37º es el más llamativo de la norma en análisis. Comete a la Junta Nacional de Salud el control absoluto de las relaciones de los prestadores entre sí y con terceros de cualquier naturaleza, en una modalidad de intervención de la que no conocemos antecedentes en el país. De acuerdo con este artículo es que decimos que desaparece totalmente la posibilidad de que los particulares celebren entre sí o aun con entidades públicas, en cualquier área y no sólo en las vinculadas a la salud, convenios de cualquier tipo. Se anula la capacidad jurídica de los prestadores privados, se conculca su posibilidad de gestión, se crea un nuevo requisito que se agrega a los establecidos por el artículo 1291 del Código Civil para la celebración de contratos entre particulares; en algunos casos, se fija la necesidad de registrar el contrato ante el Ministerio de Salud Pública y obtener su homologación, en un requisito que no sabría si definir de solemnidad o de cuasi solemnidad, al cual se sujeta la validez de los contratos.

Se atribuye a la Junta Nacional de Salud una potestad cuasi jurisdiccional de determinar si habilita o no contrataciones en función de la existencia o no de deudas de un prestador respecto al otro, cuando es sabido que a veces ese aspecto no es fácil de delimitar y es objeto de controversias; de ahí que se recurra al Poder Judicial. En principio, la Junta podría tomar posición al respecto, considerar que existen deudas y obligar a su cancelación previo a autorizar nuevos contratos.

En resumen, discrepamos prácticamente con toda la norma, porque no deja ningún ámbito posible a la gestión y sí todo librado al criterio de un organismo que, como decíamos, por definición está compuesto básicamente por representantes designados por el Estado. Es así que proponemos que de este artículo se mantenga únicamente el inciso primero.

El artículo 39º establece incompatibilidades en el ejercicio de la dirección y gerenciamiento de las entidades integrantes del sistema. Al respecto, hacemos alguna referencia. Creemos que la norma, ya que establece una suerte de nulidad contractual por parentesco, debería fijar un grado o rango hasta el cual, precisamente, llega ese parentesco. Se habla genéricamente de ascendientes o descendientes, sin limitaciones, lo cual parece excesivo. Tampoco se hace referencia -creo que allí faltó un poco más de precisión- a las sociedades que pudieran integrar los directores a quienes se quiere inhibir; se limita sólo a las cuestiones de parentesco, por lo que falta la coherencia interna en esa prohibición que se quiere establecer. En todos los casos, sin discutir la conveniencia de mantener la separación de intereses, no es menos cierto que la experiencia ha demostrado que, a veces, en algunas entidades y, sobre todo, en los equipos cooperativos, no necesariamente es malo que los socios cooperativistas brinden servicios a la sociedad a la que pertenecen. Este es un tema muy discutible, pero la experiencia ha demostrado que, a veces, a través de la identificación y de la participación en una institución, se han logrado mejores condiciones de negociación que las que resultan de una previsión lisa y llana.

Como se decía anteriormente en cuanto a la cobertura de asistencia médica -esto se establece en el artículo 40º del Capítulo V- se insiste en un concepto de reembolso que implica, por

definición, un pago a posteriori que no es, por lo menos, lo que han anunciado las autoridades sanitarias, que siempre han hablado de mantener el sistema de prepago, que es el que tenemos hoy.

El Capítulo VI se refiere a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Aquí se consagra la libertad de elección del usuario con respecto al prestador del que va a recibir asistencia, con lo que estamos totalmente de acuerdo. Sí creemos que el Legislador debería profundizar en esto y no dejar librada exclusivamente a la reglamentación la forma en que podrá ejercer el usuario las posibilidades de modificar la opción realizada. De hecho, abogamos por la inclusión de un período mínimo, por ley, de permanencia en el prestador libremente elegido. A este respecto tenemos un texto alternativo que también dejaremos a vuestra consideración.

El artículo 48º del Capítulo VII refiere a los mecanismos por los cuales el Sistema, a través de la Junta, abonará a los prestadores los servicios brindados a los usuarios, estableciendo la denominada cuota salud, que ha sido largamente debatida y es conocida como cápita. Entendemos que en un sistema que prevé la competencia y dado que la cuota salud, por definición, va a incluir el cómputo de todos los rubros que hacen al costo asistencial, en el caso de los prestadores públicos la norma debería dejar establecido que se descontaran de la cuota salud los rubros -como, por ejemplo, el salarial- que están incluidos en los presupuestos de los respectivos prestadores públicos de que se trate, sea por asignación de Rentas Generales, del Presupuesto Nacional o como fuere. Las entidades privadas no tenemos esa posibilidad y financiamos los salarios con la cuota salud; debería ocurrir lo mismo con los prestadores públicos.

El artículo 57º -ya lo he mencionado- regula el régimen de asistencia de las personas que carezcan de recursos, a las que la Junta Nacional de Salud les asignará un prestador de forma unilateral e inconsulta. Nuevamente discrepamos con esto, que es contradictorio con la libertad de elección del prestador; entendemos que independientemente de cuál sea el nivel de ingresos o la posibilidad de aportación de las personas, la libertad debe ser reconocida para todos y no estar basada en consideraciones de carácter económico. A este respecto hacemos un agregado que también dejaremos a consideración de los señores Senadores.

Por último, insistimos en nuestro apoyo a la filosofía general del sistema, con las salvedades que acabo de expresar y con el agregado de que no vemos en este proyecto, más allá de que ha sido largamente anunciado por las autoridades sanitarias, normas que garanticen o que regulen la libre competencia o el régimen de competencia en el que vamos a actuar los prestadores públicos y los privados. Creemos que este es un aspecto importante y que debería existir alguna unidad reguladora, al estilo de lo que ocurre con las comunicaciones, a la cual fuera posible plantearle las eventuales discrepancias que se puedan dar en el desarrollo de lo que va a ser el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Agradezco la atención que me han brindado.

SEÑOR DURAN.- Solamente quiero hacer un pequeño agregado.

Actualmente, nosotros tenemos con el Banco de Previsión Social una diferencia en las altas en cuanto a que si el trabajador no va a la institución, a ésta no le llega el aporte. De esto recién se da cuenta el trabajador cuando se enferma; tiene el derecho a la asistencia, pero la institución recién recibe la cuota en el momento en que la persona se va a asistir.

Seguramente, en la norma se irá a establecer cómo ingresa porque, de lo contrario, va a haber una cantidad de gente que no va a ir a anotarse a las instituciones y eso puede llevar a un déficit mucho mayor al quedar ese dinero retenido en el Banco de Previsión Social y ser volcado a posteriori. Pienso que, de alguna manera, la norma debería implementar este aspecto para que todos tengan posibilidad de elegir, por medio de la informática, una institución determinada.

SEÑOR ALFIE.- En primer lugar, quiero agradecer a nuestros invitados la exposición que han realizado, así como el memorando que han dejado, porque han manejado una cantidad de conceptos que nosotros no advertimos al momento de estudiar el proyecto de ley.

Por otro lado, quiero formular algunas preguntas sobre la cuota salud, porque hace instantes los representantes de las emergencias móviles -que fueron consultados sobre este tema- nos dijeron que no tenían ninguna información al respecto y, tal vez, ustedes sí la tienen y nos la pueden brindar.

Realmente, este es un tema muy importante que refiere a los costos y a lo que decía el doctor Durán, en el sentido de cómo fueron estimados esos números que no son oficiales y que andan dando vuelta.

Las emergencias móviles brindan un servicio que no es el de la emergencia pura, sino que es mucho más amplio. A tal punto esto es así que, de hecho, han sustituido -aunque no en un ciento por ciento- al servicio domiciliario de las mutualistas; esto es, a las IAMC.

En este proyecto de ley se obliga a que quien integre el Sistema Nacional Integrado de Salud a brindar la emergencia. Según nos señalaron los representantes de la Cámara Nacional de Emergencias, ellas cubren el 5% aproximadamente del total de los servicios que se brindan. Ahora bien, el resto de los servicios tiene un costo. A este respecto, quiero suponer que no todos somos tontos y que nosotros pagamos este costo porque, de alguna manera, nos da un buen servicio y porque en la relación precio-calidad o costo-beneficio -como se quiera llamar- lo encontramos aceptable. Recuerdo que cuando yo era niño a la mutualista le costaba mucho brindar este servicio y que había que esperar al médico de radio, con todo lo que ello implicaba. Pero eso es historia antigua.

Ahora bien, nos gustaría saber si esta parte está valuada desde el punto de vista de la cuota salud. Planteo esto porque si calculamos la cuota salud sobre lo que existe actualmente y le sumamos el 5% de la urgencia, habría una parte importante del servicio que quedaría sin valuar. Entonces, si no hay valuación y no se paga, no se brinda. Toda esta situación devoraría a las emergencias y urgencias de las instituciones, que no podrían brindar este servicio, porque no habría dinero en el Fondo para poder hacerlo y, entonces, empezarían a aportar por cantidad.

En definitiva, me gustaría saber si esto está valuado y si a lo largo de esos dos años de reuniones que ustedes mantuvieron se logró algo al respecto.

SEÑOR SPIESS.- No tenemos claro si está incluido en la cuota de las cápitas.

Tal como lo señaló el doctor Durán hace instantes, queremos aclarar que sólo sabemos que mandamos los costos nuestros de un determinado núcleo de mutualistas. Ahora bien, sobre cómo se elaboraron las cápitas, los cálculos que se realizaron y las comparaciones con otros países -información que el economista Olesker nos ha ido trasmitiendo informalmente en conversaciones que hemos mantenido- realmente no lo sabemos. Después que nos enteramos que hace una semana esta información le fue proporcionada a la FUS, tomamos contacto con el economista Olesker y le solicitamos que por favor nos diera las cápitas.

Esto nos permitió hacer un cálculo exacto de lo que habíamos previsto cuando concurrimos a este ámbito a hablar sobre la ley “chica”. Entonces, hoy podemos decir que de las empresas que están representadas hoy aquí, algunas van a perder $ 50.000 por mes, otras $ 750.000 -lo que para el giro es mucho dinero- la de otro doctor perderá $ 1:000.000 y en la que trabaja quien habla, perderá $ 200.000 mensuales. Quiere decir que ninguna de las cinco empresas, al aplicarse la ley chica, resulta beneficiada. Esto es lo que nos llevó a intentar demostrar que el sistema mixto no funciona; entonces, o se hacen todas cápitas -como lo plantea el futuro Sistema Nacional Integrado de Salud- o no se hace este intermedio. Nunca entendimos el planteo, lo discutimos mucho con el economista Olesker y con el Subsecretario de Salud Pública, doctor Fernández Galeano, pero ninguno de los dos pudieron darnos una explicación clara.

En síntesis, nuestra respuesta es que no tenemos la información, a pesar de que en los últimos días mantuvimos una conversación con el economista Olesker en la que le preguntamos en qué nivel de rentabilidad había calculado la cápita. Está claro que no hay ninguna empresa en el mundo que no tenga adjudicada rentabilidad -y téngase en cuenta que ya no estamos hablando de lucro- y no se caiga. Si esto sucede, es evidente que tarde o temprano la empresa cae. Reitero que no tenemos la información y, además, tampoco sabemos qué se está pensando para las empresas de emergencia móvil. En el caso del mutualismo se ofrece el médico de radio y el servicio de urgencia, que era lo único que tenían hasta hace unos años antes de que aparecieran las empresas de emergencia móvil.

Puedo decir que en aquel entonces me encontré con grandes emergencias en la calle, pero estaba solo. Entonces, alguien se dio cuenta de que había un nicho de mercado que permitiría mejorar la asistencia de los uruguayos y salvar vidas y creó las empresas de emergencia móvil. Así nació la

empresa más antigua en este ramo, que todos sabemos cuál es. Pero, ¿qué sucedió? Cuando comenzó la competencia entre las distintas empresas de emergencia médica, empezaron a agregar nuestros rubros. Está claro que en el caso de un paciente que solamente tiene fiebre no hay problema en que el médico acuda a las dos horas, siempre y cuando no sea alérgico y pueda tomar alguna medicación que le permita esperar ese tiempo. Sin embargo, en otras circunstancias que todos conocemos, es muy importante que en cinco o diez minutos la ambulancia esté en el lugar. Entonces, todos sabemos que un sistema normal y correcto de asistencia tiene que brindar tanto lo que ofrecen las mutualistas como las emergencias.

En lo personal, soy uno de los dos representantes por Montevideo nombrado por decreto y, por lo tanto, he participado del Consejo Consultivo. Quiero aclarar que nuestro espíritu está muy tranquilo, porque todos los datos traídos hoy aquí los hemos ido aportando y también hemos volcado nuestra experiencia de 32 años de médico y 10 de administrador de una empresa. A eso hay que agregar los aportes que han realizado todos mis compañeros puesto que yo simplemente represento a seis empresas en el Consejo Consultivo. Está claro que este Consejo es un organismo de consenso, en el que las ideas van y vienen y los documentos van saliendo.

Obviamente, como comprenderán, no nos sentimos representados en muchos de los aspectos mencionados en el proyecto. Por ejemplo, hace un año y medio -y a propósito de lo que manifestó el señor Senador Alfie en relación al proyecto de ley- yo planteé una interrogante en cuanto a quién pierde el trabajo, si serán los médicos de radio y de urgencia del mutualismo o aquellos que trabajan para las empresas de emergencia móvil y que hacen las visitas a los pacientes en pequeños autos. Como todos saben, las empresas de emergencia móvil tienen ambulancias para cubrir los casos de emergencia y también cuentan con pequeños autos para cubrir los pedidos de radio. La gran diferencia es que estos médicos hacen las visitas solos y no van acompañados de las ambulancias que cuentan con cardiodesfibriladores y otro tipo de equipamiento.

Decía que me preguntaba quién perderá el trabajo cuando el Sistema esté funcionado y qué médicos seguirán trabajando, si lo harán los nuestros o los de ellos. Ahí comienza una larga historia, porque a la hora de establecer una cápita nos preguntamos cuál será el costo de una empresa de emergencia móvil que solamente cubra las emergencias reales o el de las actuales que compiten entre sí y agregan el médico de radio, la asistencia ginecológica y la psiquiátrica. Cualquier persona que preste atención a la propaganda que hacen estas empresas verá que agregan todos estos servicios como forma de competir entre ellas. ¿Cuál será, pues, el costo de una emergencia y de la otra? Evidentemente, se trata de cosas completamente diferentes. Nuestra institución tiene una experiencia personal del tema puesto que a los afiliados por DISSE se les brinda el servicio de emergencia puramente dicho, pago por la institución, es decir, contratado por la mutualista.

Por supuesto que no lo hubiera podido hacer bajo el régimen de esta ley, porque la negociación que hice con la emergencia es a un precio que puedo pagar. Si el precio se hubiera difundido -debo pedir permiso a la Junta Nacional de Salud, después al Ministerio de Salud Pública y se entera todo el Uruguay, porque es un país chico en el que todos nos conocemos- la emergencia no podría cobrar lo que pidió para cubrir a los 24.000 afiliados de DISSE que tenemos y que, si se caen redondos, tienen la emergencia paga por mi empresa. El precio no está calculado y puede variar, porque si solo se prestara el servicio de emergencia móvil no tendría el precio que circula en el mercado, y que pagamos todos nosotros.

SEÑOR ALFIE.- ¿Ustedes tienen calculadas algunas cápitas por sexo y edad de sus instituciones? En caso de tenerlas, pediría que nos hicieran llegar los cálculos para poder hacer comparaciones.

SEÑOR SPIESS.- Puedo hacerle llegar al despacho del señor Senador las cápitas que le mandé a Olesker, pero habría que ajustarlas.

SEÑOR DURAN.- En la cápita que se va a acercar al señor Senador habrá que tener en cuenta, a partir del 1º de julio, la Reforma Tributaria con el aporte patronal del 7,5%, que es un 52% en la parte del salario.

SEÑOR ALFIE.- O sea que es casi un 4% más.

SEÑOR ZALES.- Quisiera aclarar que, tanto las cápitas que maneja el Ministerio como las que nosotros podemos aportar, se refieren a una población previamente seleccionada en forma natural, por

el hecho de estar participando de nuestros servicios. En cambio, mediante el Sistema Nacional Integrado de Salud, va a haber una población que hoy en día no puede acceder a esa asistencia y que se va a incorporar a nuestras instituciones. Lamentablemente, esa población que no ha sido asistida en los últimos años -que no vive en las mismas condiciones sanitarias en cuanto a vivienda, saneamiento o comida- va a requerir costos superiores y eso no está contemplado. No se tiene en cuenta que la población que se va a incorporar presenta riesgos mayores por su propia extracción, que la que atendemos hoy en día.

SEÑOR VILLAVERDE.- A nosotros nos preocupan esencialmente tres pilares. Aquí se ha hablado de la ley chica y de si los costos de las emergencias están incluidos o no, pero no sabemos cómo fueron calculadas las cápitas. No puedo creer que, como se nos ha dicho, en alguna parte del mundo se pueda dar asistencia integral a un varón de 40 años por $ 400.

Con respecto a esta ley, nos preocupan sustancialmente las potestades de la Junta Nacional de Salud y que el día de mañana el Presidente diga: “GREMCA no cumplió con esto; vamos a no pagarle este mes”. Eso significa que 500 personas quedan en la calle y no se ha programado ningún mecanismo para recusarlo. Tendré que ir al Tribunal de lo Contencioso Administrativo y quizás demore dos años, pero esto no está contemplado. Lo que se nos diga es palabra santa y habrá que acatarlo. Eso me parece un disparate y es algo conceptual en el proyecto de ley, que quería plantear antes de hablar de las emergencias. Además, ya le dije a Olesker que, si este proyecto de ley se aprueba, le dejaré la llave de la institución porque, al estar reglamentado por todos lados, no tendría sentido que yo la dirija. Entonces, ¿esto va a seguir para adelante? Lo hemos hablado y criticado muchas cosas, pero se sigue adelante. Si es así, entregaremos las llaves porque, por ejemplo, GREMCA pasaría a perder 1:239.000 por la aplicación de las cápitas, que para la institución significan cinco puntos porcentuales y de equilibrada pasaría a ser deficitaria. ¿De dónde va a sacar esos cinco puntos porcentuales y, entonces, poder cumplir con todo lo que implica la salud pública? Habrá que volver a bajar los sueldos como se hizo otrora. ¿Pero después no vendrá otra aplicación que también nos dañe?

Por lo tanto no tenemos claro cuál es el camino y adónde se pretende llegar con esto. Vemos que cada vez se otorgan potestades mayores a una Junta Nacional y que se va a ir sacando a nuestras instituciones, por lo menos, la dirección que hemos llevado durante tantos años, privándosenos de seguir manteniéndolas. Repito, pues, que en ese caso tendremos que entregar las llaves antes que perder los trabajos.

Esa es la preocupación sustancial y conceptual que quería dejar en claro. Muchas gracias.

SEÑOR DURAN.- La angustia que trasmite el doctor Villaverde la transferimos en un documento que presentamos en el ámbito correspondiente de la Cámara de Representantes. Al respecto, decíamos que debería haber un tribunal de alzada a los efectos de lograr una rápida solución a esas situaciones.

SEÑOR COURIEL.- ¿En el documento está incluido lo relativo al tribunal de alzada?

SEÑOR SPIESS.- Lo está, señor Senador.

Quiero desmitificar algo, a propósito de la lectura que he realizado de las versiones taquigráficas de las sesiones a las que concurrieron el señor Ministro de Economía y Finanzas y la señora Ministra de Salud Pública. Por las explicaciones del economista Olesker sobre el proyecto de ley “chico”, hasta que se apruebe la ley “grande”, se perderán cinco de nuestras instituciones y, como acaba de decirlo el doctor Villaverde, doce o trece de FEMI, además de alguna otra. Unas pasarían por debajo del límite de flotación -yo le llamo el cero- y otras perderían rentabilidad, es decir, poder de desarrollo, de innovación, de incorporar algo más nuevo. Me refiero a esa fuerza que tiene el impulso de lo privado -si se piensa en las técnicas que han llegado al Uruguay- en cuanto a innovación y al interés de desarrollarse profesionalmente o, de pronto, lo hace por un motivo económico. En fin, búsquense las tres o cuatro razones que pueda tener una persona para progresar y mejorar algo en lo que es especialista. Eso se va retaceando en todo esto y se va hacia atrás. No recuerdo que en el área de la Salud el Estado haya sido innovador, trayendo aparatos de última tecnología. Hago memoria y no lo encuentro -creo que hizo algo cuando abrió el primer CTI en el Hospital de Clínicas hace muchos años-; pienso que ello es así, porque no se dan las condiciones o no han existido. De pronto se procura que ello se dé por este proyecto de ley y ojalá sea así.

El economista Olesker reitera a menudo: “A ustedes les tocó perder. Mala suerte”. Obsérvese lo que voy a decir, en función de lo que él acostumbra reiterar: “la solidaridad interinstitucional”. Nos dice: “Las cápitas son éstas. Ustedes van a perder, porque se beneficiaron durante mucho tiempo por atender gente joven o trabajadores y otros atendieron a la gente más añosa, o sea, otro perfil de población”. Digo que esto no es así; ya se lo expresé a él -por ese motivo puedo repetirlo acá- razón por la cual si lee la versión taquigráfica no se puede enojar. Las cosas son como siguen.

Nosotros atendemos al mayor grupo de trabajadores. Nuestras instituciones están formadas por el mayor porcentaje de socios por DISSE. Se nos puede decir -y no lo voy a negar- que ha habido intermediación lucrativa en equis instituciones, práctica horrorosa que ha sacado dinero de la asistencia de la salud. Sin embargo, esa no es la explicación, porque hay instituciones que nunca la pusieron en práctica y siguen teniendo crecimiento de DISSE. La explicación surge desde otro punto de vista: en nuestras instituciones el trabajador tiene una accesibilidad a los servicios que no consigue en las otras que tienen población más añosa. ¿Por qué? Por un problema de relación entre sueldos y copagos. Aquel que tiene un sueldo modesto, para poder atenderse debe estar en una mutualista en la que muchas cosas no se las cobren y otras cuesten muy poco. Me refiero, concretamente, a los tiques moderadores que hoy día -desde hace muchos años- lamentablemente, en algunos casos se han vuelto recaudadores, situación que el Estado está corrigiendo realizando hasta el momento dos ajustes en ese sentido. Entonces, ¿saben cómo se da cuenta uno de esto? Mirando los balances de las instituciones.

Mientras que del total de ingresos de nuestras instituciones, un 6% o un 7% corresponde a copagos, las otras a que hacía referencia el contador Olesker -diciendo que fueron perjudicadas por atender mayor cantidad de viejitos- reciben por el mismo concepto un 16% o un 17% del total de ingresos. Esto quiere decir que si bien se atienden viejitos, los tiques y los copagos son muy fuertes. Entonces, no es que nuestras instituciones hayan atraído a una población más joven porque, en realidad, cuando se promovió la solicitud de préstamos del BID para recomponer nuestras instituciones se nos aconsejaba tener gente más sana. Entonces, no es eso; es que la gente nos elige, porque no cobramos el radio ni la urgencia y el tique para tal policlínica no se cobra y para otra es barato, etcétera. Nos eligen por esas causas y no por lo que sostiene Olesker de que hay que reestablecer una solidaridad interinstitucional porque las otras instituciones cobraron fuertemente por esos viejitos que tenían. Por otro lado, no me quiero meter en el tema de los subsidios cruzados, porque no es el tema de hoy, pero hay instituciones que, por tener una población más vieja, reciben mucho del Fondo Nacional de Recursos por concepto de servicios de IMAE y los que conocemos algo del sistema de salud, sabemos que eso es una realidad.

En definitiva, nos quedamos tranquilos, porque todo esto lo hemos venido diciendo desde hace dos años. Obviamente, como en toda democracia, nos toman en cuenta o no. Por lo demás, agradecemos que nos hayan recibido, aunque haya sido en forma masiva, todos juntos, ya que por lo menos hemos podido expresarnos.

SEÑOR DURAN.- Quisiera hacer una pequeña aclaración a lo que agregó el doctor Spiess. Dado que nosotros cobramos cuotas menores, la cuota DISSE de nuestras instituciones es menor que la de las grandes y eso también hay que tenerlo en cuenta. Nuestra cuota DISSE es entonces menor, por ejemplo, que la de la Asociación Española o que la del CASMU y la de otras instituciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión agradece la presencia de los representantes del Plenario de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

(Se retira de Sala la delegación del Plenario de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva)

SEÑOR ALFIE.- Cuando comparecieron los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública se planteó una serie de preguntas sobre las que estuvimos discutiendo bastante tiempo. De todas maneras -soy muy sincero en esto- sobre los números clave seguimos teniendo las mismas dudas, porque consideramos que las preguntas no fueron contestadas; fueron dibujadas y se dieron muchas vueltas pero, insisto, jamás se respondieron. Ante esta situación pusimos a trabajar a los cuadros técnicos del Partido Colorado, de los que también soy integrante. Pensamos dar una mano en esto y realmente estamos llegando a resultados diametralmente opuestos a los que planteó el Poder Ejecutivo.

Nosotros reiteramos nuestra solicitud -y quizás sería posible hacerlo por escrito- de que se envíe la información de base y los supuestos de trabajo con los que se presentó esta información porque, más allá de todo, queremos trabajar muy seriamente -como siempre lo ha hecho el Partido Colorado- y deseamos saber si esto realmente está financiado o no, para empezar a hablar ya no en filosofía o en teoría. Este trabajo nos parece bien importante, aunque estamos en contra de su filosofía -no de la idea- pero para hablar de ello está la exposición de motivos. Acá se presentaron números neteados que en un momento incluían parte de una ley, en otro se restaba, después se sumaba y nunca quedaban claros esos aspectos. Cuando uno hace los números, a veces cierran por algún lado, pero a veces no y lo cierto es que no queremos aventurar una opinión ni cálculos concluyentes sin saber, a ciencia cierta, los datos de base sobre los que trabajaron los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública.

Cuando pedimos los datos de base nos referimos a los datos crudos y puros de a uno, es decir, cuántas personas hay, cuántas pasarían de un lado para otro, cuál es la masa salarial de esas personas, etcétera; los Ministerios saben de qué estamos hablando. Solicitamos estos datos para poder trabajar y concluir realmente si los números coinciden con los nuestros. Nos parece fundamental a fin de avanzar, inclusive, en el proyecto de ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- En base a la versión taquigráfica de las expresiones del señor Senador Alfie, tómese por Secretaría su pedido concreto para enviar una nota al Ministerio de Economía y Finanzas y otra al Ministerio de Salud Pública, de idéntico tenor, a los efectos de poder contar con dicha información a la brevedad posible.

Seguiríamos el próximo jueves trabajando de forma integrada con las Comisiones de Salud Pública y de Hacienda.

SEÑOR VAILLANT.- A fin de formalizar el planteo que se ha adelantado quisiera solicitar a la Secretaría que para las próximas reuniones, donde vamos a analizar el articulado, se prepare un comparativo con los planteos que han hecho las diversas instituciones que hemos recibido.

SEÑOR PRESIDENTE.- El único problema, señor Senador, es que FEMI quedó de enviar un trabajo en ese sentido y aún no lo hemos recibido.

SEÑOR VAILLANT.- Creo que ese problema no existe; seguramente FEMI lo enviará pero, además, cuando ellos visitaron la Comisión trabajamos con versión taquigráfica y el señor Presidente desarrolló el planteo artículo por artículo. Por lo tanto, reitero, en la versión taquigráfica de esa sesión se encuentra la iniciativa que les pedimos por escrito. Por supuesto que ayudaría que lo enviaran por escrito pero, de todas maneras, la Secretaría cuenta con el texto exacto a través de la versión taquigráfica de la sesión en que el señor Presidente leyó ese documento.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, se procederá por Secretaría a elaborar el comparativo y trataremos de que esté pronto para el próximo jueves.

SEÑOR VAILLANT.- Hay una cantidad de artículos sobre los cuales no hubo comentarios; de manera que propondría que en el comparativo se incluyeran solamente aquellas disposiciones que tienen diferencias con el proyecto de ley original.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, como no hay más delegaciones para recibir, la semana próxima comenzaríamos con la discusión en general del proyecto de ley.

SEÑOR ALFIE.- En mi opinión, sin los números no es serio discutir sobre este tema.

SEÑOR VAILLANT.- En lo personal, pienso que en algún momento de la discusión seguramente tendremos que volver a convocar a las autoridades del Ministerio de Salud Pública; ustedes lo van a pedir y nosotros vamos a estar de acuerdo. Si no, nosotros mismos las convocaremos. Este es un proyecto de ley complejo que trata un tema de suma importancia y, además, contiene propuestas serias, lo que nos hace tenerlas en cuenta.

Creo que después de haber escuchado todas las alternativas y planteamientos de los invitados, hemos recopilado insumos suficientes como para comenzar a trabajar en la discusión

general del proyecto de ley y, eventualmente, en algún artículo de manera de convocar nuevamente al Ministerio para tratar exclusivamente aquellos puntos en los cuales haya diferencias con la iniciativa original. Pienso que no sería productivo para el trabajo en Comisión convocar a las autoridades del Ministerio para que hicieran un planteo general sobre el proyecto de ley. Estoy de acuerdo en recabar la información que ha sido solicitada, pero no detengamos nuestro trabajo por la ausencia de dicha información. Cuando se disponga de ella y, como consecuencia, el señor Senador pueda disipar las dudas que tiene, vamos a tener una instancia con el Ministerio.

SEÑOR PRESIDENTE.- En definitiva, vamos a comenzar el análisis en general del proyecto de ley pero, naturalmente, si la información solicitada por el señor Senador Alfie no es enviada a la brevedad o demora demasiado en llegar, quedamos todos comprometidos a apoyar la presencia de las autoridades de los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, a los efectos de aclarar las dudas existentes.

SEÑOR ALFIE.- Simplemente, quiero decir que en una instancia pasada las autoridades hicieron el mejor esfuerzo por aclarar el tema y no lo lograron. Es por eso que solicitamos la información. Aclaro que leí la versión taquigráfica un par de veces y pedí a tres personas duchas en el tema que la leyeran, pero tampoco entendieron.

SEÑOR PRESIDENTE.- Precisamente, por eso quedamos en que en cualquier momento puede ser solicitada la presencia de las autoridades de los Ministerios.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 13 y 44 minutos)